

Blankett: Hälsodeklaration – BHV Vaccination barn allmänna vaccinationsprogrammet

Patientuppgifter

Personnummer: _____

För- och efternamn: _____

Adress: _____

Postnr: _____ Postadress: _____

Mobilnummer: _____

Epost-adress: _____

Ringa in det som gäller nedan:

Är barnet friskt idag? Kommentar:	Ja Nej
Har barnet reagerat kraftigt efter tidigare vaccination? Kommentar:	Ja Nej

Vaccination av minderårig under 18 år

 Samtycke lämnat av vårdnadshavare Samtycke av vårdnadshavare saknas. Mognadsbedömning genomförd. Samtycke av vårdnadshavare saknas. Mognadsbedömning genomförd. Vaccineras ej.