

Information och erbjudande om vaccination mot covid-19

Covid-19 är en smittsam infektionssjukdom som orsakas av ett virus. Covid-19 påminner ofta om vanlig förkylning eller influensa med symtom från luftvägarna. Även andra symtom som huvudvärk, muskel- eller ledvärk, magknip, diarré, hudutslag eller trötthet kan förekomma.

Folkhälsomyndigheten har därför beslutat att ungdomar från 12 års ålder ska erbjudas vaccination mot covid-19.

Läkemedelsmyndigheternas säkerhetsgranskning har visat att vaccinet är säkert och effektivt för barn från 12 år. Vaccinet ges i två doser.

Du behöver lämna samtycke till ditt barn eller din ungdoms vaccination

På denna blankett kan du meddela om ditt barn ska vaccineras eller inte genom att kryssa en av rutorna nedan. Lämnas inte samtycke innebär det att ditt barn inte kan vaccineras. Intyget omfattar alla doser.

Barnets namn:

Barnets personnummer:

Ja, jag samtycker till att mitt barn vaccineras mot covid-19.

Nej, jag samtycker inte till att mitt barn vaccineras mot covid-19.

Underskrifter

Ort: Datum:

Vårdnadshavares namnteckning:

Vårdnadshavares namnförtydligande:

Vårdnadshavares namnteckning:

Vårdnadshavares namnförtydligande:

Vid gemensam vårdnad krävs bådass namnteckning.

Jag är ensam vårdnadshavare.

Hälsodeklaration – vaccination mot covid-19

Fyll i en hälsodeklaration per person och dos, gäller personer 12 år och äldre.

Namn:	Personnummer:
-------	---------------

Vaccinationsdatum: _____

Inför din vaccination mot covid-19 ber vi dig att svara på följande frågor:

	JA	NEJ
1. Har du någon gång fått en kraftig reaktion efter vaccination, och behövt sjukhusvård?		
2. Har du allergier som någon gång gett dig kraftiga reaktioner som du har behövt sjukhusvård för?		
3. Har du ökad blödningsbenägenhet p.g.a. sjukdom eller medicin?		
4. Är du gravid?		
5. Har du vaccinerats mot något annat än covid-19 de senaste 7 dagarna?		

Fylls i av vaccinationsmottagningen:

Covid-19-vaccin namn:	Dos 1		Dos 2	
Batch/lotnummer:				
Höger arm	Vänster arm	Ev annan lokalisation för administrering:		
Ev kommentar:				
Vaccinatörens namn:			Signatur:	
Vårdgivare:		Mottagning/enhet		
Registrerad i Mitt Vaccin				