

Samtycke till vaccination mot Hepatit B -Engerix-B

Elevens namn	Personnummer	Klass
Har du:	Ja	Nej
Allvarlig allergi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fått en allvarlig allergisk reaktion vid tidigare vaccination?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Någon allvarlig kronisk sjukdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fått annan vaccination de senaste tre månaderna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om du svarat JA på någon av ovanstående frågor, lämnade kompletterande information här:

**Jag har tagit del av informationen och ger tillstånd till att jag får vaccineras mot Hepatit B.
Intyget gäller tre doser vaccin.**

Ja, jag samtycker till att vaccineras **Nej**, jag vill inte vaccineras

Datum Elevens namn Telefon