



OSLO,

**VAKSINE MOT MENINGOKOKKSYKDOM
(SMITTSOM HJERNEHINNEBETENNELSE)**

Jeg har lest utdelt informasjon fra Folkehelseinstituttet *Informasjon om smittsom hjernehinnebetennelse*.

Jeg bekrefter herved at jeg ønsker å motta vaksinen som er anbefalt av Folkehelseinstituttet.

Jeg er klar over at skolehelsestjenesten vil bestille et antall vaksiner som tilsvarer etterspørselen, og at bestillingen derfor ansees som bindende.

- **Har du noen sykdommer nå? Ja.... Nei....**
I så fall hva?.....
- **Bruker du faste medisiner? Ja... Nei....**
I så fall hvilke medisiner?.....
- **Har du hatt noen alvorlig allergisk reaksjon ved vaksinerings? Ja.... Nei....**

*De elevene som ikke kan møte på skolehelsestjenestens oppsatte vaksinasjonsdager må kontakte fastlege eller reisevaksinasjonskontor i sin egen bydel.

Fornavn.....Etternavn.....

Fødselsnummer (11 siffer).....

Mobil..... Klasse:.....

Svarslipp leveres senest til kontaktlærer eller helsesøster.

Dato for vaksinerings:

Sted: Helsesøsters kontor

Helsesykepleier fyller ut:

Vaksine gitt dato: Signatur helsesykepleier.....

Batch nr.....