

Vaksine mot smittsom hjernehinnebetennelse (meningokokksykdom).

Om ungdommen ikke har fylt 16 år, må foresatte samtykke til vaksinering. Ved felles foreldreansvar må begge samtykke.

For mer informasjon se [FHI.no](https://www.fhi.no/sv/smittsomme-sykdommer/hjernehinnebetennelse/vaksine-mot-smittsom-hjernehinnebetennelse/ungdom-bor-vurdere-a-vaksinere-seg-mot-smittsom-hjernehinnebetennelse/) og vedlagt informasjonsskriv.

Barnets navn : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fødselsdato:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Jeg/vi ønsker at barnet mitt/vårt: vaksineres mot meningokokk

ikke vaksineres mot meningokokk

Foresatte 1: Fullt navn (skriv tydelig):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Foresatt 1: underskrift:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefonnummer:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Foresatt 2: Fullt navn (skriv tydelig):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Foresatt 2: underskrift:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefonnummer:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Evt. informasjon til helsesykepleier:

Evt informasjon om barnet til vaksinatør