



BERGEN
KOMMUNE

Smittevernkontoret
Solheimsgaten 9, 5058 Bergen
Telefon 55 56 58 80
smittevernet@bergen.kommune.no

Samtykke til vaksinasjon

Jeg/vi ønsker at barnet mitt/vårt vaksineres med følgende vaksiner

Barnets navn: _____ Barnets personnummer: _____

Foresatte med foreldreansvar:

Begge foresatte med foreldreansvar må signere samtykket. Dere må levere nytt samtykkeskjema til hver vaksinedose. NB! Har du foreldreansvar alene holder det at du signerer, men du må ta med dokumentasjon på at du har foreldreansvar alene til vaksinasjonsstasjonen.

Foresatt 1:

Fullt navn (skriv tydelig): _____

Dato og sted: _____

Telefonnummer: _____

Underskrift: _____

Foresatt 2:

Fullt navn (skriv tydelig): _____

Dato og sted: _____

Telefonnummer: _____

Underskrift: _____