



För elever som de senaste två åren EJ gått i svensk skola

Läkarintyg

Ifylles av läkare

Avser (namn): _____

Personnummer: _____

Vaccinationer

Difteri Tetanus	Difteri Pertussis Tetanus	Sabin Oral Polio	Polio
1 DT	1 DPT	1 Sabin oral Polio	1 Polio
2 DT	2 DPT	2 Sabin oral Polio	2 Polio
3 DT	3 DPT	3 Sabin oral Polio	3 Polio
4 DT booster	4 DPT booster	4 Sabin oral Polio	4 Polio

1 Mässling	4 MPR1	6 BCG
2 Påssjuka	5 MPR2	7 Hepatit A
3 Röda hund		8 Hepatit B
		9 Annat vaccin

Skolan och skolhälsovården rekommenderar att eleverna är fullständigt vaccinerade när de kommer till skolan. För fullständig vaccinering krävs: 3+1 DT/DPT, 3+1 Polio (oral/inj), 2 MPR.

Det är således önskvärt att komplettering av vaccinationsskydd sker redan på hemorten i förekommande fall.

Jag intygar att (namn) _____ är fullvaccinerad.

Datum _____ Ort _____ Institution _____

Namn _____ Befattning _____

V g v



Undersökningsfynd

Längd (cm) _____ Vikt (kg) _____ BT _____

Syn (med/utan glas) Höger _____ / _____ Vänster _____ / _____

Hörsel Höger _____ Vänster _____

Kroppslig utveckling _____

Psykisk utveckling _____

Hud _____ Lymfkörtlar _____

Mun/svalg _____ Tänder _____

Näsa _____ Lungor _____

Hjärta _____ Blåsljud _____ Arytmi _____

Buk _____ Lever _____ Mjälte _____

Bräck _____ Testiklar _____

Ryggrad _____ Scolios _____

Föreligger behov av ytterligare:

	Nej	Ja	Vilka
Undersökningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Rehabilitering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Mediciner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Datum _____ Namn _____

V g v