

# Vaccination mot säsongsinfluensa och pneumokockinfektion (Pneumovax)

## Behörighetsbedömning

.....  
*Verksamhetens namn*

.....  
*Verksamhetschefens namn*

*Gäller för perioden*

*Från och med*

—

*Till och med*

I enlighet med Socialstyrelsens föreskrift (HSLF-FS 2018:43) om behörighet att ordinera läkemedel för vaccination mot influensa är det min bedömning att:

.....  
*Sjuksköterskans namn*

innehär den kompetens som krävs för ovanstående ordination.

.....  
Datum

.....  
Namnteckning

.....  
*Namnförtydligande*