



Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion  
Gesundheitsamt  
Kantonsärztlicher Dienst

Sağlık, Sosyal İşler ve Uyum Müdürlüğü  
Sağlık Dairesi  
Kanton Tabipliği Birimi

## Aşı Onam Formu

**Çeşitli aşılar hakkında daha ayrıntılı bilgiler Bern Kantonu genelinde geçerli "Tavsiye Edilen Aşılar" başlıklı bilgi kılavuzunda yer almaktadır.**

**Federal Sağlık Dairesinin tavsiye ettiği sağ taraftaki aşıların ücretleri sağlık sigortası tarafından karşılanır (burada %10 katılım payı kişiye aittir; HPV aşısı programında ise herhangi bir katılım payı talep edilmez).**

Okul doktoru, okul hekimliği muayenesi kapsamında çocuğunuzun aşı karnesini de kontrol edecektir. Bu kontrolde çocuğunuzun belirli hastalıklara karşı aşı olması gerektiği anlaşılırsa, **sizin de onam vermeniz (rıza göstermeniz) şartıyla** okul doktoru bu aşıları bizzat yapacak veya size bu aşıları yaptırmanızı tavsiye edecektir.

Yaş grubu	Aşılar
4-7 yaş arası * 6 yaşından itibaren	<ul style="list-style-type: none"><li>- Çocuk felci, difteri (kuşpalazı), tetanoz, boğmaca</li><li>- *Kene ensefaliti (FSME kısaltmasıyla bilinen bahar-yaz ensefaliti)</li></ul> <p>Yakalama (telafi) aşısı:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Kızamık, kabakulak, kızamıkçık</li></ul>
11 yaşından itibaren	<ul style="list-style-type: none"><li>- Difteri, tetanoz, boğmaca</li><li>- Hepatit B (2 ya da 3 doz)</li><li>- Bakteriyel beyin zarı iltihabi (meningokok menenjiti)</li><li>- **İnsan papilloma virüsü/HPV (rahim ağzı kanseri, genital siğil) (2 ya da 3 doz)</li></ul> <p>Yakalama (telafi) aşısı:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Çocuk felci</li><li>- Kızamık, kabakulak, kızamıkçık</li><li>- Kene ensefaliti (FSME)</li></ul>

Çocuğunuzun 11-15 yaş arası olması ve henüz suçiçeği hastalığını geçirmemiş olması durumunda, bu konuyu aile doktorunuzla görüşerek çocuğunuzun bu enfeksiyon hastalığına karşı aşı olup olmayacağına karar vermelisiniz.

### Aşağıdaki genel durumlardan biri varsa çocuğunuzun aşı olması sakıncalıdır:

- **Daha önce anafilaktik reaksiyon geçirmiş olması (= son derece şiddetli alerjik reaksiyon)**
- **Hamilelik**
- **İmmün yetmezlik (bağışıklık sistemi yetersizliği)**
- **Akut ağır hastalık**

### Rıza Beyanı

**Aşı karnesinin kontrolü sonucunda gerekli olması/olmaları şartıyla** çocuğuma aşağıdaki aşının/aşıların yapılmasını istiyorum (**dilediklerinizi işaretleyniz**):

- Eğer hepsi gerekliyse aşağıdakilerin TÜMÜ.
- Sadece şu aşılar:
  - Çocuk felci / Difteri (kuşpalazı) / Tetanoz / Boğmaca (karma aşı)
  - Kızamık, kabakulak, kızamıkçık (karma aşı)
  - Bakteriyel beyin zarı iltihabi (meningokok menenjiti)
  - Hepatit B
  - İnsan papilloma virüsü/HPV (rahim ağzı kanseri, genital siğil)
  - Kene ensefaliti (FSME kısaltmasıyla bilinen bahar-yaz ensefaliti)

Tüm aşılar enjeksiyon (iğne vurma) şeklinde yapılır (aşıların bir kısmı karma aşı olarak birlikte enjekte edilir). Bazı okul doktorlarının aşı enjeksiyonlarını bizzat yapmayıp çocuğunuza yazılı bir aşı öneri belgesi vereceği de bilinmelidir.

Çocuğunuzun soyadı, adı:

Sigortalı olduğu sağlık kasasının adı ve adresi:

Sigorta Sicil Numarası:

AHV Numarası (sadece HPV aşısı için):  
(AHV = yaşlılık ve ölüm sigortası)

Düzenleme yeri ve tarihi:

Ebeveynlerin/Velilerin imzası: