



Till föräldrar/vårdnadshavare

I åk 4 erbjuds alla elever ett hälsobesök hos skolsköterskan. För att vi skall kunna koncentrera oss på det som är viktigt för den enskilda eleven ber vi er att fylla i denna blankett.

Elevehälsans medicinska insats är främst förebyggande och inriktas på att främja elevernas fysiska och psykiska hälsa. Endast skolsköterska och skolläkare har tillgång till denna handling och vi har lagstadgad tystnadsplikt.

Lämna i slutet kuvert för vidare befordran till skolsköterskan

			Klass		
Elevens efternamn och förnamn			Personnummer		
Adress (utdelningsadress, postnummer och postort)		Telefon	Mobilnummer		
Vårdnadshavares namn			Personnummer		
Adress (om annan än elevens)					
Vårdnadshavares mejladress		Telefon/mobil, bostad	Telefon/mobil, arbete		
Vårdnadshavares namn			Personnummer		
Adress (om annan än elevens)					
Vårdnadshavares mejladress		Telefon/mobil, bostad	Telefon/mobil, arbete		
Annan person som kan kontaktas vid behov			Telefon/mobil		
Elevens födelseland (om annat än Sverige)		År för ankomst till Sverige	Moderns födelseland		Faderns födelseland
Behov av tolk <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, språk: _____					
Syskons namn		Födelseår	Syskons namn		Födelseår
Har eleven varit inskriven i annan skola? (ange skolans namn och adress)					
Har det sedan föregående hälsoundersökning hänt något särskilt i er familj som ni tycker att skolsköterska och skolläkare bör känna till?					
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om ja, vad? _____					

Vänd och fyll i baksidan

Hälsouppgifter för: _____ Pers nr: _____

Har eleven haft någon allvarlig sjukdom sedan undersökningen vid skolstart?

Ja Nej Om ja, ange vilken: _____

Mår ert barn i allmänhet bra?

Ja Nej Kommentar: _____

Går ert barn på kontroller hos någon läkare?

Ja Nej

Regelbunden medicinering?

Ja Nej

Om ja varför? _____

Om ja, för vad? _____

Hos vem? _____

Vilken medicin? _____

Var? _____

Trivs ert barn i skolan?

Ja Nej

Äter ert barn frukost på morgonen?

Ja Nej

Har ert barn kamrater?

Ja Nej

Äter ert barn skollunch?

Ja Nej

Har ert barn några fritidsintressen?

Ja Nej

Är ert barn fysiskt aktiv?

Ja Nej

Har ert barn problem med något av nedanstående?

Har ert barn

Syn Ja Nej

Ofta infektioner Ja Nej

Diabetes Ja Nej

Hörsel Ja Nej

Sömn Ja Nej

Krampsjukdom Ja Nej

Längd eller vikt Ja Nej

Oro, ängslan Ja Nej

Allergi Ja Nej

Tal, språk Ja Nej

Kontrollera känslor

Astma Ja Nej

Koncentration Ja Nej

(t ex ilska) Ja Nej

Eksem Ja Nej

Inläring Ja Nej

Mat, att äta Ja Nej

Huvudvärk Ja Nej

Hålla urin/avföring Ja Nej

Magbesvär Ja Nej

Övrigt

Kompletterande upplysningar angående ert barns hälsotillstånd, t ex allergi mot vad, annat?

Tänk på att det är ni föräldrar/vårdnadshavare som i första hand måste ansvara för att informera lärare och övrig skolpersonal om frågor som rör ert barns hälsotillstånd. Om ni vill så hjälper skolsköterska eller skolläkare gärna till. Kontakta skolsköterskan om ni önskar tid hos skolläkaren.

Ort och datum

Vårdnadshavare

Vårdnadshavare

Personuppgifterna kommer att behandlas i enlighet med Dataskyddsförordningen. Information om behandlingen lämnas av utbildningsnämnden.