

Till föräldrar/vårdnadshavare

I åk 8 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.

Elevhälsans medicinska insats är främst förebyggande och inriktas på att främja elevernas fysiska och psykiska hälsa.

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
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/skolläkare bör känna till?			
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om ja, vad? _____ _____ _____			

Endast skolsköterskan och skolläkaren har tillgång till denna handling och vi har lagstadgad tystnadsplikt.

Från 2013-01-01 registreras alla barnvaccinationer enligt lag i nationellt vaccinationsregister via journalsystemet Svevac.

Hälsouppgifter för: _____ Pers nr: _____

Har du haft någon anmärkningsvärd sjukdom sedan undersökningen i årskurs 4?

Ja Nej Om ja, ange vilken: _____

Mår du för det mesta bra?

Ja Nej Kommentar: _____

Går du på kontroller hos någon läkare?

Ja Nej

Om ja varför? _____

Regelbunden medicinering?

Ja Nej

Om ja, för vad? _____

Hos vem? _____

Vilken medicin? _____

Var? _____

Har du problem eller svårigheter med något av nedanstående?

Syn	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	Allergisk snuva	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<u>Flickor</u>		
Hörsel	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	Eksem	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	Mensbesvär	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Tal/språk	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	Ofta infektioner	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej			
Koncentration	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	Huvudvärk	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<u>Pojkar</u>		
Inläring	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	Magbesvär	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	Trång förhud	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Diabetes	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	Mat/att äta	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej			
Krampsjukdom	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	Sömn	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej			
Allergi	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	Oro, ängslan	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej			
Astma	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	Längd eller vikt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej			

Övrigt

Har du några egna synpunkter på hur du tycker att det är i skolan?

**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 och skolläkare gärna till.
Kontakta skolsköterskan om ni önskar tid hos skolläkaren.**

Ort och datum

Elev

Vårdnadshavare