



HÄLSOUPPGIFTER VID SKOLSTART

Skolhälsovården

Till föräldrar/vårdnadshavare

Skolhälsovårdens arbete inriktas på att bevara elevernas själsliga och kroppsliga hälsa samt medverka till att eleven får goda förhållanden för sitt lärande. Därför behöver vi få veta om ert barn har någon sjukdom, något funktionshinder eller hälsoproblem eller andra svårigheter som kan ha betydelse för inlärningsituationen. Vi ber er att fylla i denna blankett.

Vänligen lämna den ifyllda blanketten i slutet kuvert för vidare befordran till skolsköterskan.

Elevens namn (efternamn, förnamn)		Personnummer		Årskurs	
Gatuadress			Postnummer och postort		
Elevens födelseland (om annat än Sverige)		Ankomst till Sverige år	Moderns födelseland		Faderns födelseland
Förälders namn		Personnummer		Vårdnadshavare <input type="checkbox"/>	
Adress (om annan än elevens)			Yrke		
Telefon, bostad		Telefon, mobil		Telefon, arbete	
Förälders namn		Personnummer		Vårdnadshavare <input type="checkbox"/>	
Adress (om annan än elevens)			Yrke		
Telefon, bostad		Telefon, mobil		Telefon, arbete	
Annan person som kan kontaktas vid behov			Telefonnummer		
Syskons förnamn	Födelseår	Syskons förnamn	Födelseår	Syskons förnamn	Födelseår
Vilken BVC besökte Ert barn senast? Adress och telefonnummer.					
Har eleven varit inskriven i annan skola? Skolans namn och adress?					

Endast skolläkaren och skolsköterskan har tillgång till denna handling. Vi har tystnadsplikt.

Föräldrar/vårdnadshavarna ansvarar för att vid behov informera lärare och övrig skolpersonal om sådant som gäller barnets hälsotillstånd. Om ni vill, så hjälper Skolhälsovården gärna till.

VAR GOD VAND!

HÄLSOUPPGIFTER VID SKOLSTART

Elevers namn (efternamn, förnamn)		Personnummer	
Mår ert barn bra i allmänhet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Kommentar:			
Går ert barn på kontroller hos någon läkare? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om ja - varför?		Regelbunden medicinering? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om ja - för vad?	
Hos vem?		Vilken medicin?	
Var?			
Har ert barn problem med något av nedanstående?			
	Ja	Nej	
Syn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krampsjukdom
Hörsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergi
Tal/språk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Astma
Koncentration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hösnuva
Inläring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eksem
Rita, klippa, äta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Huvudvärk
Gå, springa, klättra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Magbesvär
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hålla urin eller avföring
			Ofta infektioner
			Sömn
			Oro, ängslan
			Kamratkontakter
			Trivsel i förskola
			Kontrollera sina känslor (t ex ilska)
			Längd eller vikt
Är ert barn vaccinerat mot tuberkulos? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Finns det någon i familjekretsen (i samma bostad) som har eller har haft tuberkulos? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

ÖVRIGT

Vill ni lämna ytterligare upplysningar till skolhälsovården om ert barns hälsa eller er familjesituation ?

.....

.....

.....

.....

.....
 Ort och datum

.....
 Vårdnadshavare

.....
 Vårdnadshavare

.....
 E-postadress

.....
 E-postadress