



## HÄLSOUPPGIFTER NY ELEV

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 skulle vilja veta hur ert barn mår nuförtiden och 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 under skoldagen		Telefonnummer			
Syskons förnamn	Födelseår	Syskons förnamn	Födelseår	Syskons förnamn	Födelseår
Har eleven varit inskriven i annan skola? Skolans namn och adress?					
Har det under de senaste tre åren hänt något särskilt i er familj som ni tycker att Skolhälsovården bör känna till?					
Om ja - vad? .....					

**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 VÄND!**

**HÄLSOUPPGIFTER NY ELEV**

<b>Elevers namn</b> (efternamn, förnamn)		<b>Personnummer</b>	
Har eleven haft någon anmärkningsvärd sjukdom under de första fyra skolåren? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej    Om ja - vilken? .....			
Har eleven fått någon vaccination utanför skolan under de första fyra skolåren? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej    Om ja - vad? .....			
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? .....			
Trivs ert barn i skolan?		Äter ert barn frukost på morgonen?	
Har ert barn kamrater?		Äter ert barn skollunch?	
Har ert barn några fritidsintressen?		Är ert barn fysiskt aktivt?	
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
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Huvudvärk
Längd eller vikt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Magbesvär
			Hålla urin eller avföring
			Ofta infektioner
			Kost
			Sömn
			Oro, ängslan
			Kontrollera sina känslor (t ex ilska)

**ÖVRIGT**

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

.....

.....

.....

.....  
 Ort och datum

.....  
 Vårdnadshavare

.....  
 Vårdnadshavare

.....  
 E-postadress

.....  
 E-postadress