



# HÄLSOUPPGIFT

## SKOLÅR 4

TILL FÖRÄLDER/VÅRDNADSHAVARE. ÅTERLÄMNA DET IFYLLDA FORMULÄRET I SLUTET KUVERT TILL SKOLSKÖTERSKAN. FORMULÄRET KOMMER ATT FÖRVARAS I ELEVENSKOLHÄLSOVÅRDSJOURNAL. SKOLSKÖTERSKAN OCH SKOLLÄKAREN HAR LAGSTADGAD TYSTNADSPLIKT

Elevens efternamn och förnamn	Personnummer
Adress	

Moderns namn	Tel. bost.(även riktnr.)	Tel. arb.(även riktnr.)			
Adress(om annan än elevens)	Mobil				
Faderns namn	Tel. bost.(även riktnr.)	Tel. arb.(även riktnr.)			
Adress(om annan än elevens)	Mobil				
Syskons namn	Född år	Syskons namn	Född år	Syskons namn	Född år

Gemensam vårdnad Ja  Nej

Har det sedan skolstarten tillkommit någon förändring i familjesituationen som Ni tycker att skolhälsovården bör känna till? Ja  Nej

Om ja: Vad? \_\_\_\_\_

Har Ditt barn sedan skolstarten genomgått några sjukdomar eller råkat ut för allvarigare kroppsskada? Ja  Nej

Om ja: Vilka? När? \_\_\_\_\_

Kontrolleras Ditt barn på något sjukhus eller Någon vårdcentral regelbundet eller periodiskt? Ja  Nej

Om ja: Var? För vad? \_\_\_\_\_

Är Ditt barn allergiskt mot något t.ex. pollen, födoämnen etc.? Ja  Nej

Om ja: Mot vad? \_\_\_\_\_

Ger skolmiljön problem för Ditt allergiska barn? Ja  Nej

Om ja: Beskriv: \_\_\_\_\_



Använder Ditt barn medicin regelbundet eller periodiskt? Ja  Nej

Om ja: Vilken medicin? För vad? \_\_\_\_\_

Har Ditt barn några svårigheter som har betydelse för inläring? Ja  Nej

Om ja: Beskriv: \_\_\_\_\_

Har Ditt barn ofta huvudvärk, ont i magen, trötthet eller andra besvär? Ja  Nej

Om ja: Beskriv: \_\_\_\_\_

Har ditt barn svårt att sova Ja  Nej

Hur många timmar sover Ditt barn under skolveckan? \_\_\_\_\_ timmar

Äter Ditt barn frukost? Ja  Nej

Äter Ditt barn skollunch? Ja  Nej

Kan Ditt barn simma 25 m eller mer? Ja  Nej

Hur trivs Ditt barn i skolan? (sätt ett kryss på linjen) Bra \_\_\_\_\_ Dåligt

Hur trivs Ditt barn med kamraterna? (sätt ett kryss på linjen) Bra \_\_\_\_\_ Dåligt

Har Du några synpunkter på Ditt barns skolsituation som Du vill framföra, t.ex. hur det är i klassen eller på raster, vid skolmåltid idrott eller annat? Ja  Nej

Om Ja: Beskriv \_\_\_\_\_

Är det något Du vill framföra till Skolhälsovården? Ja  Nej

Om ja: Vad: \_\_\_\_\_

Skolsköterskan erbjuder undersökningar av längd, vikt, rygg och vb. syn, färgseende och hörsel samt ett individuellt hälsosamtal. Se information i bifogat följebrev.

Godkänner Du att skolsköterskan genomför hälsoundersökning och hälsosamtal med Ditt barn? Ja  Nej

Godkänner Du att svaren från Ditt barns hälsoformulär, avidentifierade ingår i kommunens och lanstingets årliga hälsostatistik? Ja  Nej

Datum \_\_\_\_\_ Förälder/vårdnadshavare \_\_\_\_\_