

HÄLSOUPPGIFT

Upplysningar om hälsotillstånd: Svara genom att kryssa i rätt ruta och skriva på raderna.
 Räcker inte utrymmet går det bra att komplettera på vanligt papper.

Går ditt barn på kontroller hos/har kontakt med någon läkare/optiker/psykolog/logoped?	Ja	Nej
Om svaret är ja – för vad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
På vilken klinik/mottagning?		
Har barnet genomgått någon operation – Vilken?		
Tar ditt barn medicin regelbundet eller i perioder?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Vilken/vilka?		
Är ditt barn överkänslig mot något (även mediciner och mat)?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Mot vad och vilka besvär ger detta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om ditt barn inte tål viss mat – Har intyg lämnats till skolmältiden?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Har barnet svårt att hålla urinen dag eller natt?	Ja, (dag) <input type="checkbox"/>	Ja, (dag + natt) <input type="checkbox"/>
	Ja, (natt) <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Har ditt barn lätt för att blöda ex. från näsan (ofta) /lätt att få blåmärken?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Har ditt barn återkommande bekymmer med:		
magont/förstoppning/diarré	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
huvudvärk	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
synen	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
hörseln	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
talförmågan	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
motoriken	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
koncentrationen	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Har ditt barn torr hud, eksem eller annan hudsjukdom?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Har ditt barn någon större leverfläck eller annan hudförändring?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Gäller pojkar: Är förhud och testiklar kollade på BVC?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
	och/eller vet ni att de är OK	Ja <input type="checkbox"/>
		Nej <input type="checkbox"/>
Har ditt barn någon sjukdom/funktionshinder som kan påverka skolgången?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Om ja, i så fall vad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finns i närmaste släkten ”sned rygg”, tidig pubertet, blödningsrubbnig, hjärtsjukdom eller plötsligt dödsfall i tidig ålder, övervikt, diabetes eller annan sjukdom (om ja, stryk under)		
Röker någon i familjen? Ange antal rökare	1 person <input type="checkbox"/>	2 personer <input type="checkbox"/>
	3 personer <input type="checkbox"/>	4 eller fler <input type="checkbox"/>
Är det något annat du önskar informera oss om eller diskutera (exempelvis barnets trivsel i skolan) Skriv gärna på ett vanligt papper.		
Får skolhälsovården vid behov ta del av barnets studieresultat?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>

Ni kommer under skolåret att kallas till skolsköterskan för genomgång och muntlig komplettering av denna hälsoblankett samt hälsokontroll av barnet. Där ingår bl a längd-, vikt-, syn- och ryggundersökning. Hörseln testas också på skolan.

Vaccinationer kompletteras vid behov.

Journal finns tillgänglig från Barnavårdscentral om ni godkänt överflyttning. I vissa fall önskar vi beställa journalkopia från annan klinik/läkare efter godkännande av er.

Vid hälsobesöket hos skolsköterskan avgör vi tillsammans om barnet ska kallas till skolläkaren.

Datum

Namnteckning, förälder/vårdnadshavare