



HÄLSOUPPGIFT

SKOLÅR 7

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 skolår 4 tillkommit någon förändring i familjesituationen som Ni tycker att skolhälsovården bör känna till? Ja Nej

Om ja: Vad? _____

Har Ditt barn sedan skolår 4 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? 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

Har Ditt barn prövat tobak? Ja Nej

Har Ditt barn prövat alkohol? Ja Nej

Kan Ditt barn simma 200 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 _____