



TILL FÖRÄLDRAR/VÅRDNAOSHAVARE

För att bättre kunna bedöma elevens hälsa behöver skolhälsovården få en bild av tidigare eller nuvarande sjukdomar m m. Vi ber Er därför fylla i denna hälsouppgift och lämna den till skolhälsovården. Skolsköterskan och skolläkaren, som handhar dessa uppgifter, har tystnadsplikt.

| | |
|-------------------------------|----------------|
| Elevers efternamn och förnamn | Personnr |
| Bostadsadress | Hemtelefon |
| Postnummer/Postadress | |
| Förälder/Annan vårdnadshavare | Telefon dagtid |
| Förälder/Annan vårdnadshavare | Telefon dagtid |
| Syskons namn och födelseår | |

Anser Du att din dotter/son för närvarande är fullt frisk? Ja Nej

Har din dotter/son sedan föregående hälsobesök vårdats på sjukhus eller behandlats för allvarlig sjukdom

Nej Ja, för vad _____

Går din dotter/son på kontroll eller behandling inom sjukvården

Var och för vad _____

Medicinerar regelbundet

Nej Ja, för vad _____ Vilken _____

Kryssa för om din dotter/son har

- | | | |
|--|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Allergi | <input type="checkbox"/> Huvudvärk | <input type="checkbox"/> Koncentrationssvårigheter |
| <input type="checkbox"/> Astma | <input type="checkbox"/> Sömnbesvär | <input type="checkbox"/> Nedstämdhet |
| <input type="checkbox"/> Eksem | <input type="checkbox"/> Magont | <input type="checkbox"/> Sömnbesvär |
| <input type="checkbox"/> Synnedsättning | <input type="checkbox"/> Ryggbesvär | <input type="checkbox"/> Yrsel eller svimning i samband med ansträngning |
| <input type="checkbox"/> Hörselnedsättning | <input type="checkbox"/> Ledbesvär | |

För pojkar

Båda testiklarna i pungen

För flickor

Fått sin menstruation

Ev. kommentar

Finns det ärftlighet för sned rygg, sen pubertet, övervikt, diabetes, tidig hjärt-kärlsjukdom eller annan sjukdom i släkten

Nej Om ja, för vad _____

Oroar sig din dotter/son för något i skolan

Nej Om ja, beskriv vid behov _____

Trivs din dotter/son i sin klass

Ja Om nej, beskriv vid behov _____

Har ditt barn varit med om någon större förändring i familjen sedan föregående hälsosamtal t ex nya syskon, sjukdom, dödsfall, skilsmässa

Nej Ja, vilken _____

Bor ditt barn hos

| | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Sammanboende föräldrar | Mamma | Pappa | Annan vårdnadshavare |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gemensam vårdnad Enskild vårdnad

Önskar Ni kontakt med skolläkaren Nej Om ja, varför _____

Övrigt rörande din dotter/son som Du önskar meddela skolhälsovården

Risktillhörighet TBC (Tuberkulos) - HEPATIT B

| | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Eleven har eller kommer att ha nära kontakt med personer som har eller haft TBC | <input type="checkbox"/> Eleven kommer att vistas i land där TBC är vanligare än i Sverige | <input type="checkbox"/> Elevens föräldrar är invandrare från land där TBC är vanligare än i Sverige |
| <input type="checkbox"/> Eleven har eller kommer att ha när kontakt med personer som har Hepatit B | <input type="checkbox"/> Eleven kommer att vistas i land där Hepatit B är vanligare än i Sverige | <input type="checkbox"/> Eleven tillhör inte någon av grupperna härtill |

Vi godkänner att medicinska uppgifter av betydelse inför framtida yrkesval får överlämnas av skolsköterskan till studie- och yrkesvägledare Ja Nej

Vi godkänner att medicinska uppgifter av betydelse för skolgången får överlämnas av skolsköterskan till mentor Ja Nej

Datum

Förälders/Vårdnadshavares underskrift

Förälder/Vårdnadshavares underskrift