



Till föräldrar/vårdnadshavare

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.

Elevens efternamn och förnamn	Personnr
-------------------------------	----------

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

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

Nej Ja, för vad? _____

Går ditt barn på kontroll eller behandling hos läkare, sjukgymnast, optiker eller annan ?

Nej Ja för vad? _____ Hos vem? _____

Tar ditt barn medicin regelbundet ?

Nej Ja för vad? _____ Vilken? _____

Bor ditt barn hos

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

Om något av ovanstående har betydelse för ditt barns skolgång, får vi informera vidare till berörd skolpersonal ?

Ja Om nej, kommentar _____

Övrigt rörande din son/dotter som Du önskar meddela skolhälsovården ?

Datum

Förälders/Vårdnadshavares underskrift

Förälders/Vårdnadshavares underskrift