

## HÄLSOUPPGIFT för elev i år 7

### Till förälder/vårdnadshavare

Ditt barn erbjuds en hälsoundersökning av elevhälsans medicinska insats. Inför denna undersökning önskar vi att du som vårdnadshavare fyller i detta formulär. Vi kommer att träffa eleven under läsåret. Vid avvikelse kontaktar vi hemmet. Uppgifterna om barnets familjeförhållanden är viktiga för kommunikation mellan skolhälsovård och vårdnadshavare om barnets hälsa, särskilt vid akut insjuknande eller olycksfall. Uppgifterna på sida 2 om barnets tidigare och nuvarande hälsa är värdefulla för att rätt bedöma barnets behov.

### Elev

Namn:	Personnr:
Folkbokföringsadress:	Klass:
Postnummer/Ort:	Elevens mobilnr:
Födelseland om annat än Sverige:	

### Eleven bor

- tillsammans med båda föräldrarna
- tillsammans med mamma
- tillsammans med pappa
- växelvisboende (varannan vecka hos mamma och varannan vecka hos pappa)
- annan än vårdnadshavare

Uppge namn och telefonnummer:
-------------------------------

### Vårdnadshavare 1      Enskild vårdnad

Namn:	Personnr:
Folkbokföringsadress (om annan än barnets):	Telefon mobil:
Postnummer/Ort:	Telefon arbete:
E-post:	
Födelseland om annat än Sverige:	

## Vårdnadshavare 2

Namn:	Personnr:
Folkbokföringsadress (om annan än barnets):	Telefon mobil:
Postnummer/Ort:	Telefon arbete:
E-post:	
Födelseland om annat än Sverige:	

## Syskon

Namn:	Födelsedatum:
Namn:	Födelsedatum:
Namn:	Födelsedatum:
Namn:	Födelsedatum:
Namn:	Födelsedatum:
Namn:	Födelsedatum:

## Har ditt barn:

- |   |  |                                   |  |
|---|--|-----------------------------------|--|
| Astma   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Ofta huvudvärk                    | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| Allergiska besvär från ögon/näsa  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Diabetes                          | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| Eksem   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Krampsjukdom                      | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| Matallergi. Om JA, ange nedan vilken                                    | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Svårighet att hålla urin          | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| Nedsatt hörsel  | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Svårighet att hålla avföring      | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| Nedsatt syn   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Hjärtsjukdom                      | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| Ofta magont   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Återkommande yrsel eller svimning | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| Neuropsykiatrisk funktionsnedsättning. Om JA, ange nedan vilken diagnos | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Besvärande acne                   | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| Annan sjukdom. Om JA, ange nedan vilken diagnos                         | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |                                   |  |

Om "Ja" på fråga om matallergi, neuropsykiatrisk och/eller annan sjukdom - uppge vilken diagnos (blankett om specialkost finns på skara.se)

--

Har ditt barn svårigheter/problem med;

Kamratrelationer	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	Inläarning	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Koncentration	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	Sömn	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Oro, ängslan, ilska	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	Kost	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

Finns det någon nära släkting (förälder, syskon) till barnet som;

Har avlidit i plötslig hjärtdöd	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har/har haft skolios som har behandlats (korsett eller operation)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har/har haft läs- och skrivsvårigheter	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

Kontrolleras ditt barn av läkare  Ja  Nej

Om ja, ange namnet på läkaren och mottagning:

Medicinerar ditt barn regelbundet  Ja  Nej

Om ja, ange vilken medicin:

Har ditt barn behov av hjälp med akutmedicinering  Ja  Nej

Om ja, ange vilken typ:

Finns någon i familjekretsen som har/har haft tuberkulos  Ja  Nej

Har ditt barn blivit omskuren/könsstympad?  Ja  Nej

Frågor att besvara om flickor

Har din dotter fått mens?  Ja  Nej

Övriga upplysningar om ditt barns hälsotillstånd:

Vi godkänner att medicinska uppgifter av betydelse för framtida yrkesval får överlämnas av skol-  
sköterskan till berörda lärare/rektor och studie- och yrkesvägledare  Ja  Nej

**Vårdnadshavare 1**

Underskrift:	Datum:
--------------	--------

**Vårdnadshavare 2**

Underskrift:	Datum:
--------------	--------