



Barn- och utbildningsförvaltningen

## HÄLSOUPPGIFT för elev i år 4

### Till förälder/vårdnadshavare

För att rätt kunna bedöma ditt barns hälsa behöver elevhälsan få en bild av tidigare eller nuvarande sjukdomar med mera. Vi ber er därför fylla i denna hälsouppgift och lämna den till skolsköterskan i ett slutet kuvert. Skolsköterskan och skolläkaren, som handhar dessa uppgifter, har tystnadsplikt.

### Elev

|                                  |            |
|----------------------------------|------------|
| Namn:                            | Personnr:  |
| Folkbokföringsadress:            | Klass:     |
| Postnummer/Ort:                  | Telefonnr: |
| Födelseland om annat än Sverige: |            |

### Eleven bor

- tillsammans med båda föräldrarna
- tillsammans med mamma
- tillsammans med pappa
- växelvis boende (till exempel varannan vecka hos mamma och varannan vecka hos pappa)
- annan än vårdnadshavare

Uppge namn och telefonnummer:

- Barnet har dagmamma/fritidshem

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 | Yrsel eller svimning i samband med ansträngning | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| Neuropsykiatrisk funktionsnedsättning. Om JA, ange nedan vilken diagnos | <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 | Inläring                                      | <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, ångslan, ilska | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | Kost  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| Att sitta stilla    | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | Kroppsörelse –<br>grovmotorik<br>(t.ex cykla) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| Tal                 | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | Kroppsörelse –<br>finmotorik<br>(t.ex klippa) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |

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

- Har avlidit i plötslig hjärtdöd  Ja  Nej
- Har/har haft skolios som har behandlats (korsett eller operation)  Ja  Nej
- Har/har haft läs- och skrivsvårigheter  Ja  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

Frågor att besvara om pojkar

Kan din son dra tillbaka förhuden?  Ja  Nej

Övriga upplysningar om ditt barns hälsotillstånd:

|  |
|--|
|  |
|--|

Vi godkänner att medicinska uppgifter av betydelse för vårt barn får överlämnas av skolsköterskan till berörda lärare/rektor  Ja  Nej

Vårdnadshavare 1

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

Vårdnadshavare 2

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

2021-04-09