

## HÄLSOUPPGIFT för nyinflyttad elev

### 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 | 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, 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 | Kropps rörelse -<br>grovmotorik<br>(t.ex cykla) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| Tal                 | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | Kropps rörelse -<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

