

Hälsofrågor till vårdnadshavare för elever i årskurs 4

Alla elever i årskurs 4 bjuds in till ett hälsobesök hos skolsköterskan. Vid besöket mäter vi längd och vikt och gör en ryggkontroll samt vid behov syn- och hörselkontroll.

Skolsköterskan har också ett hälsosamtal med ert barn utifrån hälsofrågor som de själva fyller i. För att bättre kunna bedöma ert barns hälsa och utveckling behöver vi era svar på frågor om ert barns hälsa. Skolsköterska och skolläkare har tystnadsplikt och elevhälsans medicinska insatser är frivilliga. Vid frågor är ni välkomna att vända er till skolsköterskan.

Barnets personuppgifter

Efternamn	Förnamn	Personnummer (åå mm dd -xxxx)
Adress		Telefon
Klass	Födelseland: <input type="checkbox"/> Sverige <input type="checkbox"/> Övriga Norden <input type="checkbox"/> Övriga Europa <input type="checkbox"/> Utanför Europa	
Barnet bor för det mesta tillsammans med <input type="checkbox"/> båda föräldrarna <input type="checkbox"/> en förälder <input type="checkbox"/> växelvis boende* <input type="checkbox"/> familjehem <input type="checkbox"/> annan vuxen		
Vi/jag har <input type="checkbox"/> gemensam vårdnad <input type="checkbox"/> enskild vårdnad <input type="checkbox"/> annat		

Vårdnadshavares personuppgifter

Vårdnadshavare 1 Namn:	Födelseland: <input type="checkbox"/> Sverige <input type="checkbox"/> Övriga Norden <input type="checkbox"/> Övriga Europa <input type="checkbox"/> Utanför Europa	
Språk:	Adress (om annan än barnets):	Mobiltelefon:
Vårdnadshavare 2 Namn:	Födelseland: <input type="checkbox"/> Sverige <input type="checkbox"/> Övriga Norden <input type="checkbox"/> Övriga Europa <input type="checkbox"/> Utanför Europa	
Språk:	Adress (om annan än barnets):	Mobiltelefon:

Syskons personuppgifter

Namn och födelseår	Namn och födelseår	Namn och födelseår
Namn och födelseår	Namn och födelseår	Namn och födelseår



VÄND⇒

Kryssa för lämpligt alternativ

Finns det något i familjesituationen som ni tycker att skolsköterskan bör känna till?
 Ja Nej **Om ja**, vad?

Har ert barn någon funktionsnedsättning/diagnos/sjukdom?
(t.ex. eksem, astma, dyslexi, epilepsi, ADHD, autism)
 Ja Nej **Om ja**, vad?

Har ert barn tidigare haft någon sjukdom/diagnos?
 Ja Nej **Om ja**, vad?

Har ert barn råkat ut för någon allvarlig olycka/skada?
 Ja Nej **Om ja**, vad?

Kontrolleras ert barn på något sjukhus eller inom den öppna vården?
 Ja Nej **Om ja**, var?

Är ert barn allergiskt mot något?
 Ja Nej **Om ja**, mot vad?

Om ja: ger skolmiljön problem?
 Ja Nej **Om ja**, beskriv:.....

Har ert barn behov av specialkost?
 Ja Nej

Om ja: har ni lämnat kostintyg till skolan?
 Ja Nej

Använder ert barn något läkemedel/någon medicin?
 Ja Nej

Om ja, vilket läkemedel och för vad?

Om, ert barn använder läkemedel under skoltid, har ni informerat skolan om detta?
 Ja Nej använder ej läkemedel under skoltid

Går ert barn på kontrollerna hos tandvården?
 Ja Nej

Hur kommer ert barn oftast till skolan?
 går eller cyklar
 skjutsas i egen bil
 skolskjuts
 annat

Har ert barn återkommande:

Huvudvärk? Ja Nej

Ont i magen? Ja Nej

Trötthet? Ja Nej

Oro, ängslan? Ja Nej

Sömnpromblem? Ja Nej

Andra besvär? Ja Nej

Om andra besvär, vilka?.....

Har ert barn svårigheter att hålla urin och/eller avföring?
 Ja Nej

Om ja, när? dagtid natttid dag och natt

Gäller pojkar:

Har barnet besvär med trång förhud? Ja Nej

Har barnet båda testiklarna i pungen? Ja Nej

Har ert barn kommit i puberteten?
 Ja Nej

Har ert barn svårigheter med:

Tal och språkutveckling? Ja Nej

Koncentration? Ja Nej

Motorik? Ja Nej

Kamratrelationer? Ja Nej

Beteendet? Ja Nej

Inläring? Ja Nej

Om ja, beskriv:

Har ert barn stödsatser i skolan?
 Ja Nej Nej, men skulle behöva

Har ni några synpunkter på ert barns skolsituation som ni vill framföra t.ex. hur det är i klassen eller på raster, skolmåltider, idrott eller annat?
 Ja Nej

Om ja, beskriv:.....

Kan ert barn simma 200 meter eller mer?
 Ja Nej

Hur upplever ni att ert barn trivs i skolan? (ringa in siffran du tycker stämmer bäst)

Dåligt 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Mycket bra**

Hur upplever ni att ert barn trivs med kamraterna? (ringa in siffran du tycker stämmer bäst)

Dåligt 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **Mycket bra**

Datum

Vårdnadshavares underskrift

Vårdnadshavares underskrift

Om ni som föräldrar har gemensam vårdnad förutsätter hälso- och sjukvården att ni (om inte annan information finns) agerar i samförstånd om enbart en av er skriver under.