

Hälsfrågor till vårdnadshavare för elever i årskurs 7

Alla elever i årskurs 7 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 hälsfrågor 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? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om ja , vad?
Har ert barn någon funktionsnedsättning/diagnos/sjukdom? (t.ex. eksem, astma, dyslexi, epilepsi, ADHD, autism) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om ja , vad?
Har ert barn tidigare haft någon sjukdom/diagnos? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om ja , vad?
Har ert barn råkat ut för någon allvarlig olycka/skada? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om ja , vad?
Kontrolleras ert barn på något sjukhus eller inom den öppna vården? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om ja , var?
Är ert barn allergiskt mot något? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om ja , mot vad? Om ja : ger skolmiljön problem? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om ja , beskriv:.....
Har ert barn behov av specialkost? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om ja : har ni lämnat kostintyg till skolan? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Använder ert barn något läkemedel/någon medicin? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om ja , vilket läkemedel och för vad? Om , ert barn använder läkemedel under skoltid, har ni informerat skolan om detta? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> använder ej läkemedel under skoltid
Går ert barn på kontrollerna hos tandvården? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Hur kommer ert barn oftast till skolan? <input type="checkbox"/> går eller cyklar <input type="checkbox"/> skjutsas i egen bil <input type="checkbox"/> skolskjuts <input type="checkbox"/> annat

Har ert barn återkommande: Huvudvärk? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Ont i magen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Trötthet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Oro, ängslan? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Sömnproblem? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Andra besvär? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om andra besvär, vilka?.....
Har ert barn svårigheter att hålla urin och/eller avföring? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om ja , när? <input type="checkbox"/> dagtid <input type="checkbox"/> nattetid <input type="checkbox"/> dag och natt
Har ert barn kommit i puberteten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har ert barn svårigheter med: Tal och språkutveckling? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Koncentration? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Motorik? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Kamratrelationer? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Beteendet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Inläring? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om ja , beskriv:
Har ert barn stödinsatser i skolan? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om ja , beskriv:.....
Kan ert barn simma 200 meter eller mer? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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.