

ELEVHÄLSOVÅRDENS HÄLSOUPPGIFT

HÄLSOUPPGIFTEN BESVARAS AV VÅRDNADSHAVARE OCH ÅTERLÄMNAS I SLUTET KUVERT TILL MENTOR ELLER DIREKT TILL SKOLSKÖTERSKA. FORMULÄRET KOMMER ATT FÖRVARAS I ELEVEN'S JOURNAL. SKOLSKÖTERKSA OCH SKOLLÄKARE HAR LAGSTADGAD TYSTRNADSPLIKT.

Elevers efternamn och förnamn	Personnummer
Adress	
Skola	Klass

Vårdnadshavare	Mobilnr.	Tel arb.
Adress (om annan än elevens)		E-post
Vårdnadshavare	Mobilnr.	Tel arb.
Adress (om annan än elevens)		E-post
Biologisk moders längd (cm)		Biologisk faders längd (cm)
Sammanboende vårdnadshavare (Ja/Nej)		Gemensam vårdnad (Ja/Nej)

Har det skett någon förändring i familjesituationen/närmiljön den senaste tiden som ni anser att elevhälsovården bör känna till? Ja Nej

Om ja: Vad? _____

Har ditt barn några sjukdomar eller nåkat ut för allvarligare kroppsskada? Ja Nej

Om ja, Vilka? När? _____

Kontrolleras ditt barn på något sjukhus eller någon hälsocentral regelbundet eller periodiskt? Ja Nej

Om ja: Var? För vad? _____

Har ditt barn någon neuropsykiatrisk diagnos? Ja Nej

Om ja: Vilken? _____

Är ditt barn allergiskt mot något? Ja Nej

Om ja: För vad? _____

Använder ditt barn medicin regelbundet eller periodiskt? Ja Nej

Om ja: Vilken medicin och för vad? _____

Finns det någon ärftlighet i släkten för skolios (ryggdeformation)? Ja Nej

Har ditt barn några svårigheter som har betydelse för inläring? Ja Nej

Om ja: Beskriv: _____

Har ditt barn ofta huvudvärk, ont i magen, trötthet eller andra besvär? Ja Nej

Om ja: Beskriv: _____

Hur många timmar per natt sover ditt barn under skolveckan? _____

Äter ditt barn frukost varje dag? Ja Nej

Äter ditt barn skollunch varje dag? Ja Nej

Är ditt barn regelbundet fysiskt aktiv? Ja Nej

Trivs ditt barn i skolan? Ja Nej

Kompletterande information _____

VÅRDNADSHAVARES MEDGIVANDE INFÖR HÄLSOUNDERSÖKNINGEN

Godkänner du att jag ensam träffar ditt barn och genomför ett hälsosamtal och kontrollerar rygg, syn, längd och vikt?
Gäller elever i åk 4 & 7

Ja det går bra

Nej, jag vill att du bokar en tid där jag som vårdnadshavare är med

Datum: _____ Vårdnadshavare: _____