

Hälsouppgift för elever i årskurs 4

ifylles av vårdnadshavare

Ditt barn erbjuds åter igen hälsoundersökning av skolhälsovården. Inför denna undersökning önskar vi att Du som vårdnadshavare fyller i detta formulär. Uppgifterna om barnets familjeförhållanden är viktiga för kommunikation mellan skolhälsovård och vårdnadshavare om barnets hälsa, särskilt vid akut insjuknande eller olycksfall.

Elevens namn	Personnummer	klasslärare
Gatuadress	Telefon hem	
Postnummer och ort	Födelseland (om annat än Sverige)	

Föräldrar:

Moderns namn		Faderns namn	
Personnummer	E- postadress:	Personnummer	E-postadress:
Adress (om annan än barnets)		Adress (om annan än barnets)	
Yrke/sysselsättning/arbetsplats		Yrke/sysselsättning/arbetsplats	
Telefon/mobil bostaden	Telefon/mobil arbetet	Telefon/mobil bostaden	Telefon/mobil arbetet
Födelseland (om annat än Sverige)		Födelseland (om annat än Sverige)	
Barnet bor hos <input type="checkbox"/> båda föräldrarna <input type="checkbox"/> moder <input type="checkbox"/> fader <input type="checkbox"/> gemensam vårdnad <input type="checkbox"/> enskild vårdnad			
<input type="checkbox"/> annan vårdnadshavare, namn och telefonnummer:			

Syskon:

Namn:	födelseår	Namn:	födelseår
Namn:	födelseår	Namn:	födelseår
Namn:	födelseår	Namn:	födelseår

Fortsätt på nästa sida!

Hälsouppgift elever åk 4

Har Ditt barn

astma	ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>	ofta huvudvärk	ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>
allergiska besvär från ögon/näsa	ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>	ofta magont	ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>
matalergi	ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>	svårighet att hålla urin	ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>
om ja, vilken.....			svårighet att hålla avföring	ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>
eksem	ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>	diabetes	ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>
besvärande acne	ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>	krampsjukdom	ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>
nedsatt hörsel	ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>	hjärtsjukdom	ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>
nedsatt syn	ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>	yrsel eller svimning i samband med ansträngning	ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>

Har Ditt barn svårigheter/problem med

kamratrelationer	ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>	oro, ängslan, ilska	ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>
koncentration	ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>	kost	ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>
inläring	ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>	sömn	ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>

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

som har eller har haft läs- och skrivsvårigheter	ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------	------------------------------

pojke:		flicka:			
finns båda testiklarna i pungen?	ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>	har Din flicka fått mens?	ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>
går det att dra tillbaka förhuden	ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>	om ja, när?		

Kontrolleras Ditt barn av läkare?	ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>	om ja- ange orsak
Medicinerar Ditt barn regelbundet?	ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>	om ja- vilken
Har Ditt barn behov av hjälp	ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>	om ja - vilken med akutmedicinering?
Ditt barns längdtillväxt beror till viss del på föräldrarnas längd.			
Moders längd: Faders längd:			
Går det bra att skolhälsovården använder sig av egenvårdsprodukter från Weleda, som Calendula och Arnika?			
	ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>	
Går det bra att skolsköterskan pratar med ditt barns lärare om ditt barns längd, vikt, syn- och ryggkontroller?			
	ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>	

Finns det någon i familjekretsen (under samma hustak) som har eller har haft tuberkulos?	ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>	Följer ditt barn det svenska vaccinationsprogrammet?	ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>
Är Ditt barn vaccinerat mot tuberkulos?	ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>	Har ditt barn fått någon vaccination utöver eller färre än det svenska vaccinationsprogrammet?	ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>

Var god fortsätt på nästa sida!

Hälsouppgifter elever åk 4

Övriga upplysningar om barnets hälsotillstånd (t ex annan sjukdom eller handikapp av betydelse)

Datum och vårdnadshavares namnunderskrift

Datum och vårdnadshavares namnunderskrift

Lämna denna hälsouppgift i ett slutet kuvert i skolsköterskans fack på kontoret.
Skolsköterskan och skolläkaren har tystnadsplikt. Tack för er hjälp!