

## SKOLHÄLSOVÅRDEN

Detta formulär är sekretessbelagt och förvaras i elevens skolhälsovårdsjournal, som bara skolläkaren och skolsköterskan har tillgång till. Sekretessen bryts av anmälningskyldighet till socialnämnden vid misstanke om att barn/ungdom får illa.

## Hälsouppgift för elev i förskoleklass

Fylls i av vårdnadshavaren **fram och baksida**

Till förälder/vårdnadshavare: Ditt barn erbjuds hälsobesök av skolhälsovården. Inför detta besök önskar vi att du som vårdnadshavare fyller i detta formulär. Uppgifterna om barnets familjeförhållande är viktiga för kommunikationen mellan skolhälsovården och vårdnadshavaren om barnets hälsa, särskilt vid akut insjuknande eller olycksfall. Uppgifterna om barnets tidigare och nuvarande hälsa är värdefulla för att rätt bedöma barnets behov.

Elevens namn	Personnummer	Klass
Adress	Telefon hem	Fritidsavdelning
Postnummer och ort	Födelseland (om annat än Sverige)	

## Förälder

Moderns namn		Faderns namn	
Personnummer	Yrke	Personnummer	Yrke
Adress om annan än barnets		Adress om annan än barnets	
Telefon/mobil bostad	Telefon/mobil arbete	Telefon/mobil bostad	Telefon/mobil arbete
E-post adress		E-post adress	
Födelseland (om annat än Sverige)		Födelseland (om annat än Sverige)	
Barnet bor hos: <input type="checkbox"/> Båda föräldrarna <input type="checkbox"/> Mor <input type="checkbox"/> Far		<input type="checkbox"/> Gemensam vårdnad <input type="checkbox"/> Enskild vårdnad	
<input type="checkbox"/> Annan vårdnadshavare			

## Syskon

**Kön** P=pojke, F=flicka. **Kod** 1=hel, 2=halv, 3=adoptiv, 4=fostersyskon, 5=Avlidet. **M**=mammans barn, **P**=pappas barn

Födelsenummer	Namn	Kön	Kod	M/P	Födelsenummer	Namn	Kön	Kod	M/P

Trivs ditt barn i förskoleklassen? ja  nej

## Har ditt barn

Astma	ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>	Svårighet att hålla urin	ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>
Matallergi	ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>	Svårighet att hålla avföring	ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>
Om ja, vilken.....		Blodsmitta	ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>
Annan allergi	ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>	Krampsjukdom	ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>
Om ja, vilken.....		Hjärtsjukdom	ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>
Eksem	ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>	Yrsel eller svimning i samband med ansträngning	ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>
Nedsatt hörsel	ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>	Pojkar:	
Nedsatt syn	ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>	Är båda testiklarna/kulorna i pungen	ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>
Ofta huvudvärk	ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>		
Ofta magont	ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>		

**OBS!!! Fler frågor på baksidan!!!!**



### Har Ditt barn svårigheter/problem med

Talet	ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>	Oro, ängslan, ilska, blygsel	ofta <input type="checkbox"/>	ibland <input type="checkbox"/>	inte alls <input type="checkbox"/>
Inläring	ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>	Kamratrelationer	ofta <input type="checkbox"/>	ibland <input type="checkbox"/>	inte alls <input type="checkbox"/>
Kosten	ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>	Koncentration	ofta <input type="checkbox"/>	ibland <input type="checkbox"/>	inte alls <input type="checkbox"/>
Sömmen	ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>	Att sitta stilla	ofta <input type="checkbox"/>	ibland <input type="checkbox"/>	inte alls <input type="checkbox"/>
Grovmotorik	ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>				
Finmotorik	ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>				

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

Som avlidit i plötslig hjärtdöd i en ålder under 35 år?	ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>
Som har eller har haft medfödd sned eller krökt rygg (Scolios)	ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>
Som har eller har haft läs – och skrivsvårigheter	ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>

Kontrolleras ditt barn av läkare?	ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>	Om ja – ange orsak, namn på mottagning och läkare
.....			
Medicinerar Ditt barn regelbundet?	ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>	Om ja – ange medicinering.....
.....			
Har Ditt barn behov av hjälp med akutmedicinering?	ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>	
Om ja – vilken.....			
Ditt barns längdtillväxt beror till viss del på föräldrarnas längd Mors längd.....cm, Fars längd.....cm			
Övriga upplysningar om barnets hälsotillstånd (t ex. annan sjukdom, olycksfall eller funktionshinder av betydelse)			

Finns det någon i familjekretsen som har eller har haft tuberkulos?	ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>	
Är ditt barn vaccinerat mot tuberkulos? (ges till vissa barn)	ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>	vet inte <input type="checkbox"/>

Är ditt barn vaccinerat mot Hepatit?	ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>	vet inte <input type="checkbox"/>
--------------------------------------	-----------------------------	------------------------------	-----------------------------------

### Datum och vårdnadshavares namnunderskrift

--