



SVEDALA KOMMUN

# HÄLSOUPPGIFT I FÖRSKOLEKLASS

Skola: .....

Till föräldrar/vårdnadshavare

Återlämna det ifyllda formuläret i slutet kuvert till skolsköterskan. Formuläret kommer att förvaras i elevens skolhälsovårdsjournal. Skolsköterska och skolläkare har lagstadgad tystnadsplikt. Tänk på att meddela eventuella förändringar till skolhälsovården!

Observera att det är ni föräldrar/vårdnadshavare som ansvarar för att informera personalen på skolan om ert barns hälsa och eventuella sjukdomar. Om ni önskar hjälp med detta är ni välkomna att kontakta skolsköterskan.

Elevens namn	Klass	Personnummer
Adress		
Födelseland (om ej Sverige)	Tidpunkt då den utlandsfödda eleven kom till Sverige	

I fältet "kod" skriv 1=biologisk förälder, 2=stuv-, 3=adoptiv-, 4=fosterförälder, 5=avliden.

Förälders/vårdnadshavares namn	Kod	
Adress (om annan än elevens)	Längd, cm	
Födelseland (om ej Sverige)	Tel. bostad	Tel. arbete/mobil
Förälders/vårdnadshavares namn	Kod	
Adress (om annan än elevens)	Längd, cm	
Födelseland (om ej Sverige)	Tel. bostad	Tel. arbete/mobil

I fältet "kod" skriv 1=helsyskon, 2F=halvsyskon pappas sida, 2M=halvsyskon mammas sida, 3=stuv-, 4=adoptiv-, 5=fostersyskon, 6=avliden

Syskons namn	född år	kod	Syskons namn	född år	kod
Syskons namn	född år	kod	Syskons namn	född år	kod

## Uppgift om kontaktpersoner m.m.

Barnvårdscentral som eleven har tillhört
Förskola som eleven har gått i

## Vaccinationer

Har ert barn fått några vaccinationer, utöver de som ges på BVC?

Ja \_\_\_ Nej \_\_\_

Om ja, mot vilken sjukdom och när?

.....

.....

.....

.....

## Upplysningar om elevens hälsa

### Har ert barn

astma ja \_\_\_ nej \_\_\_  
allergi ja \_\_\_ nej \_\_\_  
eksem ja \_\_\_ nej \_\_\_  
diabetes ja \_\_\_ nej \_\_\_  
krampsjukdom/epilepsi ja \_\_\_ nej \_\_\_  
huvudvärk ja \_\_\_ nej \_\_\_  
magont ja \_\_\_ nej \_\_\_  
svårt att hålla urin eller avföring ja \_\_\_ nej \_\_\_  
synnedsättning ja \_\_\_ nej \_\_\_  
hörselnedsättning ja \_\_\_ nej \_\_\_

### Har barnet svårigheter/problem med

inläringen ja \_\_\_ nej \_\_\_  
kamratrelationer ja \_\_\_ nej \_\_\_  
trivseln i förskolan ja \_\_\_ nej \_\_\_  
koncentrationen ja \_\_\_ nej \_\_\_  
kroppsörelser – gå/springa/klättra ja \_\_\_ nej \_\_\_  
kroppsörelser – rita/klippa/äta ja \_\_\_ nej \_\_\_  
oro/ängslan ja \_\_\_ nej \_\_\_  
sömnen ja \_\_\_ nej \_\_\_  
talet ja \_\_\_ nej \_\_\_  
kosten ja \_\_\_ nej \_\_\_

Har ert barn några andra svårigheter/problem, sjukdomar eller handikapp som skolhälsovården

bör känna till? ja \_\_\_ nej \_\_\_

Om ja, vad? .....

.....

## Läkarkontakter och medicinering

Kontrolleras barnet på sjukhus eller inom öppenvården, regelbundet eller periodiskt? ja \_\_\_ nej \_\_\_

Om ja, var? För vad? .....

.....

Använder barnet medicin, regelbundet eller periodiskt? ja \_\_\_ nej \_\_\_

Om ja, vilken medicin och för vad? .....

.....

## Riskgrupp TBC

En del elever kan löpa ökad risk att bli smittade med tuberkulos – TBC. Ökad risk för tuberkulos finns bland annat i östra och södra delarna av Europa, i Asien samt i Central- och Sydamerika. Vänligen markera med kryss nedan vilken grupp ert barn tillhör.

Eleven har eller kommer att ha nära kontakt med personer som har eller har haft tuberkulos

Eleven eller elevens föräldrar är invandrare från ett land där tuberkulos är mer vanligt förekommande än i Sverige (se ovan)

Eleven kommer att vistas i ett land där tuberkulos är vanligare än i Sverige (se ovan)

Eleven tillhör inte någon av de tre riskgrupperna

## Övriga upplysningar

.....

.....

.....

.....

.....