



SVEDALA KOMMUN

HÄLSOUPPGIFT Gymnasiet åk 1

Till förälder/vårdnadshavare. Återlämna det ifyllda formuläret i slutet kuvert till skolsköterskan. Formuläret kommer att förvaras i elevens skolhälsovårdsjournal. Skolsköterska och skolläkare har lagstadgad tystnadsplikt.

Elevens namn		Klass:	Personnummer
Adress			
Förälders/vårdnadshavares namn		Tel. bostad	Tel. arbete/mobil
Adress (om annan än elevens)			Förälders längd i cm
Förälders/vårdnadshavares namn		Tel. bostad	Tel. arbete/mobil
Adress (om annan än elevens)			Förälders längd i cm
Syskons namn	född år	Syskons namn	född år
Syskons namn	född år	Syskons namn	född år

Har det sedan åk 7 tillkommit någon förändring i familjesituationen som skolhälsovården bör känna till?

Ja ___ Nej ___

Om ja, vad?

Har ert barn genomgått några sjukdomar eller råkat ut för allvarigare kroppsskada?

Ja ___ Nej ___

Om ja, vilka? När?

.....

Kontrolleras barnet på sjukhus eller inom öppenvården, regelbundet eller periodiskt?

Ja ___ Nej ___

Om ja, var? För vad?

.....

Har ert barn svårigheter att hålla urinen?

Ja ___ Nej ___

Om ja, beskriv problemet:

Är ert barn allergiskt mot något?

Ja ___ Nej ___

Om skolmiljön ger problem för ert allergiska barn, beskriv hur:

.....

Använder barnet medicin, regelbundet eller periodiskt? Ja ___ Nej ___

Om ja, vilken medicin och för vad?

Har ert barn några svårigheter som har betydelse för inläringen? Ja ___ Nej ___

Om ja, beskriv:

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

Om ja, beskriv:

Har ert barn svårt att sova? Ja ___ Nej ___

Hur många timmar per natt sover ert barn? timmar

Är det något annat ni vill framföra till skolhälsovården går det bra att skriva det här:

.....
.....

Skolsköterskan kallar eleven till ett hälsosamtal under gymnasieskolans första år. Efter hälsosamtalet kontaktas målsman enbart om någon avvikelse upptäcks.

Skolläkarresurserna är behovsrelaterade och koncentreras till skolrelaterade problem.

Med vänlig hälsning

Skolsköterska

Mail

Tel