

Vid skolstarten gör skolsköterska och skolläkare en bedömning av elevens hälsa utifrån uppgifter lämnade i den här blanketten. Elevhälsans medicinska insats är främst förebyggande och inriktas på att främja elevernas fysiska och psykiska hälsa. Vi kommer att träffa ert barn vid regelbundna hälsobesök under hela skoltiden. Tänk på att det främst är ni som vårdnadshavare som ansvarar för att informera lärare och övrig personal om frågor som rör ert barns hälsotillstånd. Skolsköterska och skolläkare hjälper gärna till om ni så vill. Endast skolsköterska och skolläkare har tillgång till denna handling och vi har lagstadgad tystnadsplikt.

Lämna den ifyllda blanketten i slutet kuvert för vidare befordran till skolsköterskan.

Elevens efternamn och förnamn		Personnummer		Klass	
Adress (utdelningsadress, postnummer och postort)				Telefon	
Vårdnadshavares namn				Personnummer	
Adress (om annan än elevens)					
Mejladress		Telefon, bostad	Telefon, mobil	Telefon, arbete	
Vårdnadshavares namn				Personnummer	
Adress (om annan än elevens)					
Mejladress		Telefon, bostad	Telefon, mobil	Telefon, arbete	
Annan person som kan kontaktas vid behov				Telefon/mobil	
Behov av tolk <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, språk:					
Elevens födelse land (om annat än Sverige)		År för ankomst till Sverige	Moderns födelse land	Faderns födelse land	
Syskons namn	Födelseår	Syskons namn	Födelseår	Syskons namn	Födelseår
Har eleven varit inskriven i annan skola? (ange skolans namn och adress)					
Vilken BVC tillhörde ert barn senast? (adress och telefon)					

Personuppgifterna kommer att behandlas i enlighet med Dataskyddsförordningen. Information om behandlingen lämnas av utbildningsnämnden.

Vänd och fyll i baksidan

Mår ert barn i allmänhet bra?

Ja Nej Kommentar: _____

Går ert barn på kontroller hos någon läkare?

Ja Nej

Regelbunden medicinering?

Ja Nej

Om ja varför? _____

Om ja vilken? _____

Hos vem? _____

Var? _____

Har ert barn problem med något av nedanstående?

Har ert barn?

	Ja	Nej		Ja	Nej		Ja	Nej
Syn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ofta infektioner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hörsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sömn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krampsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Längd eller vikt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oro, ängslan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tal, språk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trivsel i förskola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koncentration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kamratkontakter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eksem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inläring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kontrollera känslor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Huvudvärk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rita, klippa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(t ex ilska, oro)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Magbesvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gå, springa, klättra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mat, att äta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	För pojkar:		
			Hålla urin eller avföring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Finns båda testklarna i pungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

Frågor till vårdnadshavare (behövs för tolkning av elevens tillväxtkurva). Besvaras om möjligt.

Längd biologisk mor _____

Längd biologisk far _____

Övrigt

Har ni övriga upplysningar ni vill lämna angående ert barns hälsa eller er familjesituation?
(Ni kan givetvis också lämna upplysningar vid besöket hos skolläkare eller skolsköterska.)

Ort och datum _____

Vårdnadshavare _____

Vårdnadshavare _____