



Introduktion

I årskurs 8 får eleverna en hälsoundersökning hos skolhälsovården. Fyll i e-formuläret så noga som möjligt.

Endast skolsköterskan och skolläkaren har tillgång till de uppgifter ni lämnar och vi har lagstadgad tystnadsplikt.

Väljer du att skriva ut och fylla i e-formuläret för hand lämnar du formuläret till

ansvarig skolsköterska på respektive skola.

Personuppgifter

Ange elevens personuppgifter

| | | |
|-----------|-------------|----------------|
| Skola * | Klass * | Personnummer * |
| | | |
| Förnamn * | Efternamn * | |
| | | |

Vårdnad om barnet

| | | |
|-------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| Typ av vårdnad (Endast ett val) | | |
| <input type="checkbox"/> Ensam vårdnad | | |
| <input type="checkbox"/> Gemensam vårdnad | | |
| Förnamn vårdnadshavare 1 * | Efternamn vårdnadshavare 1 * | Telefonnummer vårdnadshavare 1 |
| | | |
| Förnamn vårdnadshavare 2 * | Efternamn vårdnadshavare 2 * | Telefonnummer vårdnadshavare 2 |
| | | |



Information

Om föräldrarna ej är sammanboende bor eleven med (Endast ett val)

- Vårdnadshavare 1
 Vårdnadshavare 2
 Växelvis boende
 Annan, vem?

Namn *

| | | |
|--------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------------|
| Vilket/vilka språk talas i hemmet? * | Vilket är elevens födelseland? * | Vilket år flyttade eleven till Sverige? * |
| | | |
| Var är vårdnadshavare 1 född? * | Var är vårdnadshavare 2 född? * | |
| | | |
| Längd moder [cm] | Längd fader [cm] | |
| | | |

| | |
|--------------|-----------|
| Syskons namn | Födelseår |
| | |
| Syskons namn | Födelseår |
| | |
| Syskons namn | Födelseår |
| | |

Hälsoinformation

Går eleven på kontroll eller behandling hos läkare, psykolog, sjukgymnast, optiker eller annan? (Endast ett val)

- Nej
 Ja

För vad? *

Tar eleven medicin regelbundet? (Endast ett val)

- Nej
 Ja

För vad? *

Vilken? *



| | | | |
|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------|
| Hos vem? * | | Dos * | |
| | | | |
| Har eleven vårdats på sjukhus? (Endast ett val) | | | |
| <input type="checkbox"/> Nej | | | |
| <input type="checkbox"/> Ja | | | |
| Var? * | | | |
| | | | |
| För vad? * | | | |
| | | | |
| Kryssa för om eleven har besvär med: | | | |
| Astma | Huvudvärk | Hörselnedsättning | Eksem |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Magbesvär | Besvärande trötthet | Läkarkonstaterad allergi | Koncentrationssvårigheter |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Trivs eleven i skolan? (Endast ett val) | Får eleven den hjälp den behöver av lärarna? (Endast ett val) | Vill ni beställa tid hos skolläkaren? (Endast ett val) | |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Ja | |
| <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Nej | |
| Övriga frågor | | | |
| | | | |
| Ni är alltid välkomna att kontakta skolhälsovården om ni har några frågor. | | | |

Underskriftstyp

Datum och ort

Signatur (Sökande 'Underskriftstyp')

Namnförtydligande