



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