



## 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