



## Introduktion

I samband med att eleven börjar gymnasiet ber vi dig fylla i detta e-formulär så noga som möjligt. Syftet är att informera skolhälsovården om eleven har något funktionshinder eller problem med hälsan, alternativt andra svårigheter som kan påverka skolgången och vara av betydelse för den kommande skolsituationen.

För att starta formuläret vänligen klicka 'Framåt'.

## Personuppgifter

### Ange elevens personuppgifter

Förnamn *	Efternamn *	Personnummer *	Mobiltelefonnummer
Tidigare skola *			

### Vårdnad om barnet

Har gemensam vårdnad		
<input type="checkbox"/>		
Förnamn *	Efternamn *	Telefonnummer *
Förnamn 2 *	Efternamn 2 *	Telefonnummer 2 *

## Information

### Information

Mår eleven bra i allmänhet? * (Endast ett val)	
<input type="checkbox"/>	Ja
<input type="checkbox"/>	Nej
Kommentar	



Går eleven på regelbundna kontroller hos någon läkare, sjukgymnast, psykolog eller annan vårdgivare? \*  
(Endast ett val)

- Ja  
 Nej

Varför?

Tar eleven medicin regelbundet? \* (Endast ett val)

- Ja  
 Nej

Vad?

Finns det någon i familjekretsen som har haft tuberkulos? \* (Endast ett val)

- Ja  
 Nej

Kommentar

## Hälsoinformation

### Hälsoinformation

Besvärar eleven av något av nedanstående?

Nedsatt syn \* (Endast ett val)

- Ja  
 Nej

Nedsatt hörsel \* (Endast ett val)

- Ja  
 Nej

Läkarkonstaterad allergi \* (Endast ett val)

- Ja  
 Nej

Läkarkonstaterad astma \* (Endast ett val)

- Ja  
 Nej



Besvärande huvudvärk \* (Endast ett val)

Ja

Nej

Magbesvär \* (Endast ett val)

Ja

Nej

Ofta infektioner \* (Endast ett val)

Ja

Nej

Sömnsvårigheter \* (Endast ett val)

Ja

Nej

Koncentrationssvårigheter \* (Endast ett val)

Ja

Nej

Inlärningsvårigheter \* (Endast ett val)

Ja

Nej

## Övrigt

### Övriga upplysningar

Har ni ytterligare upplysningar om elevens hälsa eller familjesituation



**Underskriftstyp**

---

Datum och ort

Signatur

Namnförtydligande