



Introduktion

Vid skolstart får eleverna en hälsoundersökning hos skolhälsovården. Fyll i e-formuläret så noga som möjligt så vi kan lära känna och hjälpa ditt barn på bästa sätt.

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)

- Ensam vårdnad
 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 vårdnadshavare 1 [cm] | Längd vårdnadshavare 2 [cm] | |
| | | |

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

Sjukdomar, överkänslighet och allvarligt olycksfall

Har eleven astma, allergi, eksem eller annan överkänslighet? (Endast ett val)

- Nej
 Ja

Vad?

Har eleven besvär från mage, tarm eller urinvägar? (Endast ett val)

- Nej



Ja

Vad?

Har eleven någon ögonsjukdom, synnedsättning eller glasögon? (Endast ett val)

Nej

Ja

Vad?

Har eleven någon öronsjukdom, hörselnedsättning eller tinnitus? (Endast ett val)

Nej

Ja

Vad?

Har eleven problem med tandställning, mun eller gnisslar eleven tänderna? (Endast ett val)

Nej

Ja

Vad?

Har eleven varit med om allvarligt olycksfall eller har eleven andra sjukdomar eller besvär? (Endast ett val)

Nej

Ja

Vad?

Finns skolios eller sned rygg i släkten? (Endast ett val)

Nej

Ja

Vad?

Har eleven läkarkontakt och medicinerat regelbundet? (Endast ett val)

Nej

Ja

Vad?

Har eleven varit med om en viktig livsomställning eller händelse? (Endast ett val)

Nej

Ja



| |
|--|
| Vad? |
| Har eleven koncentrationssvårigheter? (Endast ett val) |
| <input type="checkbox"/> Nej |
| <input type="checkbox"/> Ja |
| Har vårdnadshavare haft kontakt med BUP angående eleven? (Endast ett val) |
| <input type="checkbox"/> Nej |
| <input type="checkbox"/> Ja |
| Vem/Var? |
| Har eleven varit i kontakt med logoped? (Endast ett val) |
| <input type="checkbox"/> Nej |
| <input type="checkbox"/> Ja |
| Vem/Var? |
| För pojkar: är testiklarna nere i pungen? (Endast ett val) |
| <input type="checkbox"/> Nej |
| <input type="checkbox"/> Ja |
| Övriga kommentarer kring elevens utveckling, sjukdomar, medicinering, olycksfall och livshändelser |
| Ni är alltid välkomna att kontakta skolhälsovården om ni har några frågor. |

Underskriftstyp

Datum och ort

Signatur (**Sökande 'Underskriftstyp'**)

Namnförtydligande