



Barn- och utbildningsförvaltningen

HÄLSOUPPGIFT för elev i förskoleklass

Till förälder/vårdnadshavare

För att rätt kunna bedöma ditt barns hälsa behöver elevhälsan få en bild av tidigare eller nuvarande sjukdomar med mera. Vi ber er därför fylla i denna hälsouppgift och lämna den till skolsköterskan i ett slutet kuvert. Skolsköterskan och skolläkaren, som handhar dessa uppgifter, har tystnadsplikt.

Elev

Namn:	Personnr:
Folkbokföringsadress:	Klass:
Postnummer/Ort:	Telefonnr:
Födelseland om annat än Sverige:	

Eleven bor

- tillsammans med båda föräldrarna
- tillsammans med mamma
- tillsammans med pappa
- växelvis boende (till exempel varannan vecka hos mamma och varannan vecka hos pappa)
- annan än vårdnadshavare

Uppge namn och telefonnummer:

- Barnet har dagmamma/fritidshem

Uppge namn och telefonnummer:

Vårdnadshavare 1

Enskild vårdnad

Namn:	Personnr:
Folkbokföringsadress (om annan än barnets):	Telefon mobil:
Postnummer/Ort:	Telefon arbete:
E-post:	
Födelseland om annat än Sverige:	

Vårdnadshavare 2

Namn:	Personnr:
Folkbokföringsadress (om annan än barnets):	Telefon mobil:
Postnummer/Ort:	Telefon arbete:
E-post:	
Födelseland om annat än Sverige:	

Syskon

Namn:	Födelsedatum:
Namn:	Födelsedatum:
Namn:	Födelsedatum:
Namn:	Födelsedatum:
Namn:	Födelsedatum:
Namn:	Födelsedatum:

Har ditt barn:

- | | | | |
|--|--|---|--|
| Astma | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Ofta huvudvärk | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| Allergiska besvär från ögon/näsa | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Diabetes | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| Eksem | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Krampsjukdom | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| Matallergi | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Svårighet att hålla urin | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| Om JA, ange nedan vilken allergi | | Svårighet att hålla avföring | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| Nedsatt hörsel | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Hjärtsjukdom | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| Nedsatt syn | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Yrsel eller svimning i samband med ansträngning | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| Ofta magont | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | Blivit omskuren/könsstympad | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| Neuropsykiatrisk funktionsnedsättning. | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | | |
| Om JA, ange nedan vilken diagnos | | | |
| Annan sjukdom | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | | |
| Om JA, ange nedan vilken diagnos | | | |

Om "Ja" på fråga om matallergi, neuropsykiatrisk och/eller annan sjukdom - uppge vilken diagnos (blankett om specialkost finns på skara.se)

--

Har ditt barn svårigheter/problem med;

- | | | | | | |
|---------------------|-----------------------------|------------------------------|--|-----------------------------|------------------------------|
| Kamratrelationer | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | Kropps rörelse – grovmotorik (tex cykla) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| Koncentration | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | Kropps rörelse – finmotorik (tex klippa) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| Att sitta stilla | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | Tal | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| Oro, ängslan, ilska | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | Sömn | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| Inläring | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | Kost | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |

Finns det någon nära släkting (förälder, syskon) till barnet som;

- Har avlidit i plötslig hjärtdöd Ja Nej
Har/har haft skolios som har behandlats (korsett eller operation) Ja Nej
Har/har haft läs- och skrivsvårigheter Ja Nej

Kontrolleras ditt barn av läkare Ja Nej

Om ja, ange namnet på läkaren och mottagning:

Medicinerar ditt barn regelbundet Ja Nej

Om ja, ange vilken medicin:

Har ditt barn behov av hjälp med akutmedicinering Ja Nej

Om ja, ange vilken typ:

Har ditt barn fått alla erbjudna vaccinationer på BVC? Ja Nej

Frågor att besvara om pojkar

Har din son båda testiklarna i pungen? Ja Nej

Ditt barns längdtillväxt beror till viss del på föräldrarnas längd

Mammas längd:	Pappas längd:
---------------	---------------

Övriga upplysningar om ditt barns hälsotillstånd:

--

Vi godkänner att medicinska uppgifter av betydelse för vårt barn får överlämnas av skolsköterskan till berörda lärare/rektor Ja Nej

Vårdnadshavare 1

Underskrift:	Datum:
--------------	--------

Vårdnadshavare 2

Underskrift:	Datum:
--------------	--------