

Hälsofrågor årskurs 4-6



Namn

Klass

Personnummer

Datum

Trivsel

Vilka saker/intressen/personer får dig att må bra?

Hur trivs du på lektionerna?

Dåligt

Mindre bra

Okej

Ganska bra

Bra

Får du den hjälp du behöver med skolarbetet i skolan?

Aldrig

Sällan

Ibland

Ofta

Alltid

Hur trivs du på rasterna?

Dåligt

Mindre bra

Okej

Ganska bra

Bra

Har du kompisar?

Ja

Nej

Är du själv utsatt eller känner du dig utanför?

Ja

Ibland

Nej

Vet du någon på skolan som inte har det bra?

Ja

Nej

Hur trivs du hemma?

Dåligt

Mindre bra

Okej

Ganska bra

Bra

Hälsa

Hur nöjd är du med dig själv som person?

Inte nöjd Mindre nöjd Okej Ganska nöjd Nöjd

Har du ofta ont någonstans?

Ja Nej

Har du någon vuxen att prata med (om viktiga saker)?

Ja Nej

Har du upplevt våld?

Ja Nej

Har någon gjort något med din kropp som känns obehagligt eller fel?

Ja Nej

Har någon tvingat dig till att göra, titta eller lyssna till något som känns obehagligt eller fel?

Ja Nej

Sömn

Mellan vilka tider sover du?

Sover du gott hela natten?

Aldrig Ibland Ofta Varje dag

Matvanor

Vad brukar du äta till frukost?

Äter du dig mätt i skolmatsalen?	Varje dag	Ofta	Ibland	Aldrig
Hur ofta äter du mellanmål?	Varje dag	Ofta	Ibland	Aldrig
Hur ofta äter du kvällsmat/middag?	Varje dag	Ofta	Ibland	Aldrig
Hur ofta äter du frukt/grönsaker?	Varje dag	Ofta	Ibland	Aldrig
Hur ofta dricker/äter du sötsaker/snacks?	Varje dag	Ofta	Ibland	Aldrig

Hur ofta borstar du tänderna?

Fritid

Vad gör du på din fritid/när du inte är i skolan?

Hur många dagar i veckan rör du på dig så att du blir andfådd eller svettig?

Aldrig 1-2 3-5 6-7

Hur rör du på dig?

Hur många timmar per dag sitter du stilla vid din surfplatta, mobil, tv och dator?

Övrigt

Vad tänker du om tobak (snus, vejp och cigaretter) och alkohol (öl, vin, sprit)?

Vad har du för drömmar och mål i livet?

Har du något övrigt du vill prata om?

Ja Nej