

Hälsofrågor årskurs 7-9



Namn

Klass

Personnummer

Datum

Mobiltelefonnummer

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

Trivs du i din kropp?

☐ Ja

☐ Nej

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 du någon gång medvetet skadat dig själv?

☐ 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

Tillväxt/pubertetsutveckling

Har du besvär av acne/finnar?

☐ Ja

☐ Nej

Har du kunskap om preventivmedel (t.ex. kondom, p-piller)?

☐ Ja

☐ Nej

Har du kunskap om samtyckeslagen?

☐ Ja

☐ Nej

Har du besvär från underlivet?

☐ Ja

☐ Nej

Pojkar:

Har din pubertet startat?

☐ Ja

☐ Nej

Kan du dra tillbaka förhuden?

☐ Ja

☐ Nej

Flickor:

Har du fått din mens?

Ja Nej

Om ja, vilken ålder?

Har du kraftig värk eller andra besvär vid mens (PMS)?

Ja Nej

Har du varit med om något ingrepp/operation i underlivet?

Ja Nej

Sömn

Mellan vilka tider sover du?

Sover du gott hela natten?

Aldrig Ibland Ofta Varje dag

Matvanor

Hur ofta äter du frukost?	Varje dag	Ofta	Ibland	Aldrig
Hur ofta äter du skollunch?	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 dricker du energidryck?	Varje dag	Ofta	Ibland	Aldrig
Hur ofta äter du mellanmål?	Varje dag	Ofta	Ibland	Aldrig

Hur ofta borstar du tänderna?

Fritid

Vad gör du på din fritid?

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?

Har du några mål i livet och hur tänker du kring ditt kommande gymnasieval?

Alkohol, Narkotika, Dopning, Tobak och Spel (ANDTS)

Har du provat tobak/nikotin (snus, cigaretter, e-cigaretter, vattenpipa)?

Ja Nej

Har du provat alkohol?

Ja Nej

Har du provat droger eller dopningsmedel?

Ja Nej

Övrigt

Har du något övrigt du vill prata om?

Ja Nej