

Hälsofrågor gymnasiet

För att kunna bedöma din hälsa och kunna vara till hjälp ber vi dig att så fullständigt som möjligt besvara nedanstående frågor. Detta är en sekretesshandling. Vi tillämpar sammanhållen journalföring.



Namn		Klass	
------	----------------------	-------	----------------------

Personnummer		Adress	
--------------	----------------------	--------	----------------------

E-postadress		Mobiltelefonnummer	
--------------	----------------------	--------------------	----------------------

Annat boende (om annat boende än förälder/föräldrar)

Tidigare skola

Vårdnadshavares/förälders namn		Mobiltelefonnummer	
--------------------------------	----------------------	--------------------	----------------------

Vårdnadshavares/förälders namn		Mobiltelefonnummer	
--------------------------------	----------------------	--------------------	----------------------

Trivsel

Hur trivs du hemma?

Dåligt Mindre bra Okej Ganska bra Bra

Hur trivs du med kompisar?

Dåligt Mindre bra Okej Ganska bra Bra

Hur trivs du på gymnasieprogrammet?

Dåligt Mindre bra Okej Ganska bra Bra

Hur trivs du på lektionerna?

Dåligt Mindre bra Okej Ganska bra Bra

Hur trivs du på rasterna?

Dåligt Mindre bra Okej Ganska bra Bra

Får du det stöd/uppmuntran du behöver med skolarbetet?

Ja Nej

Hur ser din skolnärvaro ut?

Har du blivit utsatt eller kränkt?

Ja Nej

Hälsa

Vad får dig att må bra i livet?

Vad gör du på din fritid?

Har du tid för återhämtning?

Påverkar ditt skärmanvändande din vardag?

Hur många dagar per vecka är du fysiskt aktiv?

Aldrig 1-2 3-5 6-7

Vad gör du när du är fysiskt aktiv?

Hur upplever du att du mår?

Dåligt Mindre bra Okej Ganska bra Bra

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 någon gång medvetet skadat dig själv?

Ja Nej

Har du någon regelbunden kontakt med vården?

Ja Nej

Tar du någon medicin?

Ja Nej

Om ja, vilken medicin?

Har du någon allergi?

Ja Nej

Har du syn/hörselnedsättning?

Ja Nej

Har du besvär av acne/finnar?

Ja Nej

Har du ofta ont någonstans?

Ja Nej

Har du följt det svenska vaccinationsprogrammet?

Ja Nej Vet ej

Om du ej är född i Sverige, har du följt hemlandets vaccinationsprogram?

Ja Nej

Vilket land?

Har du sett eller varit med om våld i din familj eller närhet (fysiskt, psykiskt eller sexuellt)?

Ja Nej

Har du själv någon gång varit våldsam?

Ja Nej

Känner du dig oroad eller bekymrad för någon i din omgivning?

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

Sexuell hälsa

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

Ja Nej Vet ej

Har du besvär från underlivet?

Ja Nej

Har du funderingar kring din sexualitet?

Ja Nej

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

Ja Nej

Har du kunskap om samtyckeslagen?

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

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

Sömn

Mellan vilka tider sover du?

Sover du gott hela natten?

Aldrig Ibland Ofta Varje dag

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

Mitt liv

Vad har du för drömmar och mål i livet?

Kan du vara den personen du vill vara och känner dig som?

Aldrig Sällan Ofta Alltid

Övrigt

Har du något övrigt du vill prata om?

Ja Nej

Datum

Underskrift