

Hälsouppgifter årskurs 7-9



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

Personuppgifter elev

Namn		Klass	
Personnummer		Adress	
Postnummer		Ort	

Personuppgifter vårdnadshavare

Namn		Adress (om annan än elevens)	
Postnummer		Ort	
Mobiltelefonnummer		Telefonnummer dagtid	

Personuppgifter vårdnadshavare

Namn		Adress (om annan än elevens)	
Postnummer		Ort	
Mobiltelefonnummer		Telefonnummer dagtid	

Enskild vårdnad

Gemensam vårdnad

Annan vårdnadshavare

Övriga familjmedlemmar

Hälsa

Har eleven varit med om någon större omställning nyligen (t.ex. sjukdom i familjen, nya syskon, dödsfall, skilsmässa). Om ja, förtydliga gärna nedan.

Ja Nej

Har något förändrats när det gäller elevens hälsa det senaste året? (t.ex. nyupptäckt sjukdom, psykisk ohälsa såsom oro, ångest samt självskadebeteende)

Har eleven

Goda sömnvanor	Ja	Nej	Syn eller hörselnedsättning	Ja	Nej
Goda matvanor	Ja	Nej	Svårigheter att hålla urin/avföring	Ja	Nej
Specialkost	Ja	Nej	Återkommande huvudvärk	Ja	Nej
Astma/allergi/eksem	Ja	Nej	Återkommande magbesvär	Ja	Nej
Sjukdom/funktionsnedsättning	Ja	Nej	Annan återkommande värk	Ja	Nej
Någon aktuell medicin eller kontakt med läkare	Ja	Nej	Svimmningskänsla eller yrsel vid anstängning	Ja	Nej

Använder eleven tobak/alkohol/droger?

Ja Nej Vet ej

Kommentar till ovanstående frågor

Skola

Trivs eleven i skolan?	Ja	Nej
Har eleven goda kamratrelationer?	Ja	Nej
Har eleven några svårigheter i skolan?	Ja	Nej
Om ja, får eleven den hjälp som behövs?	Ja	Nej
Har eleven god närvaro i skolan?	Ja	Nej

Kommentar till ovanstående frågor

Fritid

Vad har eleven för regelbunden fysisk aktivitet?

Hur är ni som vårdnadshavare delaktiga i elevens skärmanvändande?

Vid övriga frågor/information ta kontakt med skolsköterska.

Datum

Vårdnadshavares underskrift

Datum

Vårdnadshavares underskrift