

Hälsouppgifter förskoleklass-åk 3

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	
Födelseland (om ej Sverige)	År ankomst till Svrige (om ej född i Sverige)	Födelseland (om ej Sverige)
Barnhälsovård som barnet tillhört		

Personuppgifter vårdnadshavare

Namn	Adress (om annan än elevens)	
Postnummer	Ort	
Mobiltelefonnummer	Telefonnummer dagtid	
Födelseland (om ej Sverige)	År ankomst till Svrige (om ej född i Sverige)	Födelseland (om ej Sverige)

Personuppgifter vårdnadshavare

Namn

Adress (om annan än elevens)

Postnummer

Ort

Mobiltelefonnummer

Telefonnummer dagtid

Födelseland (om ej Sverige)

År ankomst till Sverige (om ej född i Sverige)

Födelseland (om ej Sverige)

Enskild vårdnad

Gemensam vårdnad

Annan vårdnadshavare

Övriga familjmedlemmar

Biologisk pappa, längd i cm

Biologisk mamma, längd i cm

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 hörselhedsättning	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 anstägning	Ja	Nej

Kommentar till ovanstående frågor

Har eleven besvär från underlivet?

Har eleven varit med om något ingrepp i underlivet?

Om eleven är pojke: Är båda testiklarna i pungen?

Ja Nej

Har eleven svårigheter med

Inläring	Ja	Nej	Kamratrelationer	Ja	Nej
Koncentration	Ja	Nej	Kontrollera ilska	Ja	Nej
Kroppsrörelse	Ja	Nej	Oro/ängslan	Ja	Nej
Finmotorik	Ja	Nej	Tal/språk	Ja	Nej

Finns ärftliga sjukdomar i familjen?

Ja Nej

Finns skolios i familjen?

Ja Nej

Har eleven gjort hörselundersökning i 4-års åldern?

Ja Nej

Kommentar till ovanstående frågor

Har eleven vaccinerats enligt det svenska vaccinationsprogrammet?

Ja Nej

Om ej född i Sverige, har eleven följt hemlandets vaccinationsprogram?

Ja Nej

Har eleven god närvaro i skolan?

Ja Nej

Fritid

Vad har eleven för regelbunden fysisk aktivitet?

Hur är ni som vårdnadshavare delaktiga i elevens skärmanvändande?

Datum

Vårdnadshavares underskrift

Datum

Vårdnadshavares underskrift