

HÄLSOUPPGIFT – HÖGSTADIET

Till Förälder/vårdnadshavare

Vi inom Elevhälsans medicinska insats, EMI skulle vilja veta hur Ert barn mår för närvarande och om det finns något som vi bör känna till. Vi ber Er därför fylla i denna blankett.

Endast skolläkare och skolsköterska har tillgång till denna handling. Vi arbetar under tystnadsplikt.

På högstadiet genomgår eleverna hälsoundersökning i åk 8 (hälsosamtal, kontroll av längd, vikt och rygg)

Elevens namn

Personnummer

Klass

Mobiltelefon

Förälders namn

Vårdnadshavare Ja/Nej

Arbete/Mobil

Förälders namn

Vårdnadshavare Ja/Nej

Arbete/Mobil

Annan person som kan kontaktas vid behov

Telefon

Har det sedan föregående hälsoundersökning hänt något i Er familj som Ni tycker att vi bör känna till?

Har ni några synpunkter på Ert barns skolsituation?

Är det ok att ge ditt/ert barn Ipren/Alvedon eller allergitablett vid behov?

Ja Nej

Medicinsk SYV – Får vi delge studie- och yrkesvägledaren om ditt/ert barn har någon sjukdom eller funktionsnedsättning som kan påverka framtida yrkesval?

Ja Nej

Har Ert barn haft någon allvarlig/långvarig sjukdom? Ja Nej

Om ja, ange vilken

Anser ni att Ert barn är fullt friskt? Ja Nej

Kommentar _____

Går Ert barn på kontroller hos någon läkare? Ja Nej

Om ja,
varför? _____

Hos vem och
var? _____

Regelbunden
medicinering? _____

För vad och vilken
medicin? _____

Har Ert barn problem med något av nedanstående?

Syn	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Födoämnesallergi	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Trång förhud	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hörsel	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Huvudvärk	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Täta infektioner	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tal/språk	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Magen	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Kost	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koncentration	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Astma	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Sömn	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inläring	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Allergi	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Oro, ängslan	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Läsa/skriva	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Eksem	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Kontroll av känslor	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ungdomsfinnar	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Kamratkontakter	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krampsjukdom	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____	_____

Eventuell kommentar

Om ni önskar kontakt med skolläkaren vänligen hör av er till skolsköterskan via telefon eller meddelande i Vklass.

Eventuellt kostintyg (intyg om födoämnesreaktioner) lämnas till köket (kostintyget finns i Vklass, på morbyskolan.se, i köket eller hos skolsköterskan)

Tänk på att det är Ni föräldrar/vårdnadshavare som i första hand måste ansvara för att informera lärare och övrig skolpersonal om frågor som rör Ert barns hälsotillstånd. Om Ni vill så hjälper EMI gärna till.

Kontakta skolsköterskan om Ni önskar tid hos skolläkaren.

Ort och datum:

Elevens underskrift
Förälder/Vårdnadshavare

Förälder/Vårdnadshavare