

Hälsouppgifter högstadiet

Till vårdnadshavare

Vi inom Elevhälsans Medicinska Insats, EMI skulle vilja veta hur Ert barn mår för närvarande och om det finns något vi bör känna till. Vi ber Er därför att fylla i denna blankett. Endast skolläkaren och skolsköterskan har tillgång till denna handling. **Vi arbetar under tystnadsplikt. Tänk på att det är ni vårdnadshavare som i första hand måste ansvara för att informera lärare och övrig skolpersonal om frågor som rör Ert barns hälsotillstånd. Om Ni så önskar hjälper EMI gärna till.**

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

Elevens förnamn och efternamn

Personnummer

Vårdnadshavare 1

Mobilnummer

Vårdnadshavare 2

Mobilnummer

Annan person vi kan kontakta vid behov

Mobilnummer

Är det ok att ge 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

Anser Ni att Ert barn är fullt friskt?

Ja Nej

Kommentar _____

Har ert barn någon allvarlig/långvarig sjukdom? Ja Nej

Om ja, ange vilken _____

Går ert barn på kontroller hos någon läkare?

Ja Nej

Om ja, varför? _____

Hos vem? _____

Var? _____

Regelbunden medicinering? Ja*

Nej

*Behöver ert barn ta medicin i skolan? Vänligen läs mer information på denna länk samt fyll i egenvårdsblankett och kontakta klasslärare. <https://www.danderyd.se/forskola-och-skola/stod-till-barn-och-elever/elevhalsa/egenvard/>

Har ert barn problem med något av nedanstående?

Syn	Ja <input type="checkbox"/>	Mage, tarm	Ja <input type="checkbox"/>	Mensbesvär	Ja <input type="checkbox"/>
Hörsel	Ja <input type="checkbox"/>	Födoämnesallergi	Ja <input type="checkbox"/>	Ungdomsfinnar som besvärar	Ja <input type="checkbox"/>
Tal, språk	Ja <input type="checkbox"/>	Astma	Ja <input type="checkbox"/>	Sömn	Ja <input type="checkbox"/>
Koncentration	Ja <input type="checkbox"/>	Allergi	Ja <input type="checkbox"/>	Oro/ängslan	Ja <input type="checkbox"/>
Inläring	Ja <input type="checkbox"/>	Eksem	Ja <input type="checkbox"/>	Kamratkontakter	Ja <input type="checkbox"/>
Läsa, skriva	Ja <input type="checkbox"/>	Kontroll av känslor	Ja <input type="checkbox"/>		

Eventuell kommentar _____

Längd biologisk mor _____

Längd biologisk far _____

Förekommer någon ärftlig sjukdom i familjen? _____

Förekommer sned rygg (skolios) i familjen? _____

Förekommer läs- eller skrivsvårigheter i familjen? _____

Förekommer neuropsykiatriska funktionsnedsättningar i familjen (t.ex. ADHD/ADD/AST)? _____

Om ni har bott utomlands, vänligen lämna vaccinationshandlingar!

Om ni önskar kontakt med skolläkaren, vänligen hör av er till skolsköterskan via telefon eller via meddelande i V-klass.

Eventuellt intyg om specialkost lämnas till köket (intyg finns på kommunens hemsida eller i köket).

Ort och Datum _____

vårdnadshavare 1

vårdnadshavare 2

Lämna blanketten i ett slutet kuvert för vidare befordran till skolsköterskan.