

FRÅGEFORMULÄR inför förskoleklass, besvaras av vårdnadshavare. Blanketten skickas ifylld i kuvert till skolsköterskan. Endast skolläkaren och skolsköterskan har tillgång till uppgifterna och de har lagstadgad tystnadsplikt. **Tänk på att det är ni vårdnadshavare som ansvarar för att informera pedagoger och berörd personal om frågor som rör ert barns hälsotillstånd. Om ni vill så hjälper vi gärna till, kontakta i så fall skolsköterskan.**

**Personuppgift, elev/barn**

Efternamn	Förnamn	Personnummer
Adress		Klass
Födelseland (om ej Sverige)	Tidpunkt för ankomst till Sverige (om eleven inte är född i Sverige)	
Eleven bor tillsammans med <input type="checkbox"/> båda föräldrarna <input type="checkbox"/> växelvis boende <input type="checkbox"/> en förälder ..... <input type="checkbox"/> familjehem <input type="checkbox"/> annan vuxen.....		
Vi/jag har <input type="checkbox"/> gemensam vårdnad <input type="checkbox"/> enskild vårdnad <input type="checkbox"/> annat		

**Personuppgifter, Föräldrar/vårdnadshavare**

"kod" 1=biologisk, 2=adoptiv, 3=fosterföräldrar, 4=avliden

Förälder/Vårdnadshavare	Kod	Födelseland/språk	Tel. bostad/mobil
Adress (om annan än elevens)	E-post adress		Tel. arbetet
Förälder/Vårdnadshavare	Kod	Födelseland/språk	Tel. bostad/mobil
Adress (om annan än elevens)	E-post adress		Tel. arbetet

**BHV**

Barnhälsovård som eleven senast tillhört, adress, telefonnummer
Är ert barn vaccinerad enligt BHV:s basprogram? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Vilka vaccinationer har ert barn fått utöver de vaccinationer som ingår i BHV program (vilka och när?): .....

**Riskgruppsstillhörighet gällande TBC**

Vissa elever har ökad risk att smittas med tuberkulos. <input type="checkbox"/> Eleven har eller kommer att ha nära kontakt med personer som har eller har haft tuberkulos <input type="checkbox"/> Eleven kommer att vistas i land där tuberkulos är vanligare än i Sverige <input type="checkbox"/> Elevens föräldrar är invandrare från land där tuberkulos är vanligare än i Sverige <input type="checkbox"/> Eleven tillhör inte någon av grupperna
--

**Kryssa för lämpligt alternativ**

Barnets längdtillväxt beror till viss del på föräldrarnas längd. För att följa ert barns tillväxt behöver vi uppgift på: Biologiska moderns längd.....cm                      Biologiska faderns längd.....cm
<b>Vänd</b>

<p>Har ert barn någon funktionsnedsättning/diagnos/sjukdom? t.ex. eksem/astma/epilepsi/ADHD, autism)  <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Om Ja, vad.....</p> <p>Har ert barn tidigare haft någon sjukdom/diagnos?  <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Om Ja, vad.....</p> <p>Har ert barn råkat ut för någon allvarlig olycka/skada?  <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Om Ja, vad.....</p>	<p>Har ert barn svårigheter/problem med:</p> <table border="0"> <tr><td>inlärnning</td><td><input type="checkbox"/> Nej</td><td><input type="checkbox"/> Ja</td></tr> <tr><td>kamratrelationer</td><td><input type="checkbox"/> Nej</td><td><input type="checkbox"/> Ja</td></tr> <tr><td>koncentration</td><td><input type="checkbox"/> Nej</td><td><input type="checkbox"/> Ja</td></tr> <tr><td>kost</td><td><input type="checkbox"/> Nej</td><td><input type="checkbox"/> Ja</td></tr> <tr><td>motorik</td><td><input type="checkbox"/> Nej</td><td><input type="checkbox"/> Ja</td></tr> <tr><td>oro, ängslan</td><td><input type="checkbox"/> Nej</td><td><input type="checkbox"/> Ja</td></tr> <tr><td>sömn</td><td><input type="checkbox"/> Nej</td><td><input type="checkbox"/> Ja</td></tr> <tr><td>tal/språk</td><td><input type="checkbox"/> Nej</td><td><input type="checkbox"/> Ja</td></tr> <tr><td>trivsel i förskolan</td><td><input type="checkbox"/> Nej</td><td><input type="checkbox"/> Ja</td></tr> </table> <p>Om Ja beskriv.....</p> <p>.....</p>	inlärnning	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	kamratrelationer	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	koncentration	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	kost	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	motorik	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	oro, ängslan	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	sömn	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	tal/språk	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	trivsel i förskolan	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
inlärnning	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja																										
kamratrelationer	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja																										
koncentration	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja																										
kost	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja																										
motorik	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja																										
oro, ängslan	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja																										
sömn	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja																										
tal/språk	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja																										
trivsel i förskolan	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja																										
<p>Är ert barn allergiskt mot något?  <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Om Ja, mot vad.....</p> <p>Om ert barn har allergi, ger skolmiljön problem?  <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Om Ja, beskriv.....</p> <p>Behöver ert barn specialkost?  <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Om Ja, mot vad.....</p> <p>Vid specialkost krävs intyg från sjukvården, har det lämnats till skolan?  <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja</p>	<p>Har ert barn besvär av:</p> <table border="0"> <tr><td>magont</td><td><input type="checkbox"/> Nej</td><td><input type="checkbox"/> Ja</td></tr> <tr><td>sömnsvårigheter</td><td><input type="checkbox"/> Nej</td><td><input type="checkbox"/> Ja</td></tr> <tr><td>huvudvärk</td><td><input type="checkbox"/> Nej</td><td><input type="checkbox"/> Ja</td></tr> <tr><td>ont i ryggen</td><td><input type="checkbox"/> Nej</td><td><input type="checkbox"/> Ja</td></tr> </table> <p>Om andra besvär, vilka?.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	magont	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	sömnsvårigheter	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	huvudvärk	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	ont i ryggen	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja															
magont	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja																										
sömnsvårigheter	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja																										
huvudvärk	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja																										
ont i ryggen	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja																										
<p>Tar ert barn medicin av något slag?  <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Om Ja, vilken?.....</p>	<p>Kontrolleras ert barn på något sjukhus eller inom den öppna vården regelbundet eller periodiskt?  <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Om Ja, var.....</p>																											
<p>Har ert barn svårighet att hålla urin och/eller avföring?  <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Om Ja, <input type="checkbox"/> dagtid <input type="checkbox"/> nattetid <input type="checkbox"/> dag och natt</p>	<p>Har ert barn synnedsättning? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja  hörselnedsättning? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>Om Ja, kontrolleras var? .....</p>																											
<p>Har någon nära släkting till ert barn läs- och skrivsvårigheter?  <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Om Ja, vem:.....</p>	<p><b>Frågor gällande enbart pojkar:</b>  Har er pojke förhudsförträngning? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja  Är er pojkes båda testiklar nere i pungen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej</p>																											
<p>Övrigt rörande ert barn som du önskar meddela elevhälsans medicinska insats (skolhälsovården)? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>Om Ja, vad.....</p> <p>.....</p>																												

Datum	Vårdnadshavares underskrift	Vårdnadshavares underskrift
-------	-----------------------------	-----------------------------