

FRÅGEFORMULÄR årskurs 4, besvaras av vårdnadshavare.

Blanketten lämnas ifylld i kuvert till skolsköterskan. Endast skolläkaren och skolsköterskan har tillgång till uppgifterna och de har lagstadgad tystnadsplikt.

Tänk på att det är ni föräldrar/vårdnadshavare som ansvarar för att informera lärare och berörd personal om frågor som rör ert barns hälsotillstånd. Om ni vill så hjälper vi gärna till, kontakta i så fall skolsköterskan.

I årskurs 4 erbjuder skolsköterskan undersökning av längd, vikt och ryggkontroll samt ett individuellt hälsosamtal

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

Kryssa för lämpligt alternativ

Ert barns 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
Anser ni att ert barn för närvarande är fullt frisk? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om Nej, beskriv.....

Vänd

<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 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> <p>inläring <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 Om Ja beskriv..... </p>
<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"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej</p>	<p>Har ert barn besvär av:</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</p> <p>Om andra besvär, vilka?..... </p>
<p>Äter ert barn frukost <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Äter ert barn skollunch <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Äter ert barn middag <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Äter ert barn mellanmål <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej</p>	<p>Oroar sig ert barn för något i skolan? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Om Ja, vad?.....</p> <p>Trivs ert barn i sin klass? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om Nej, anledning.....</p>
<p>Tar ert barn ofta 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</p> <p>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>Övrigt rörande ert barn som ni önskar meddela skolhälsovården? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Om Ja, vad..... </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>Frågor gällande enbart flickor:</p> <p>Har er dotter fått sin första menstruation? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja När?.....</p>	<p>Frågor gällande enbart pojkar:</p> <p>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>

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