

FRÅGEFORMULÄR inför årskurs 7, besvaras av elev tillsammans med vårdnadshavare. Blanketten skickas ifyllt 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. Skolsköterskan erbjuder undersökning av längd, vikt och rygghälsa samt ett individuellt hälsosamtal i årskurs 7.

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: Biologisk moders längd.....cm Biologisk faders längd.....cm |
| Anser ni att ert barn för närvarande är fullt friskt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om Nej, beskriv..... |

Vänd

| | |
|--|---|
| <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: 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 sängvätning <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>Om andra besvär, vilka?.....</p> <p>Oroar sig ert barn för något i skolan? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Om Ja, vad?.....</p> |
| <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: 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>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>Har ert barn provat alkohol <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Har ert barn provat tobak <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Har ert barn provat droger <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja</p> |
| <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 synnedsättning <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja hörselnedsättning? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja 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>Övrigt rörande ditt barn som ni önskar meddela skolhälsovården? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Om Ja, vad.....</p> | <p>Frågor gällande enbart flickor: Har er dotter fått sin första menstruation? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej När?.....</p> <p>Frågor gällande enbart pojkar: 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 |
|-------|-----------------------------|-----------------------------|