

Hälsouppgift årskurs 1 gymnasiet – till elev

För att bedöma din hälsa och vara till hjälp för dig ber vi dig fylla i nedanstående frågor. Lämna ifylld blankett i ett slutet kuvert till skolsköterskan. Endast skolsköterska och skolläkare har tillgång till denna handling.

Uppgift om elev

Namn	Personnummer
------	--------------

Har du			
Täta infektioner?	☐ Ja ☐ Nej	Annan kronisk sjukdom?	☐ Ja ☐ Nej
Astma?	☐ Ja ☐ Nej	Om ja, vad: _____	
Diabetes?	☐ Ja ☐ Nej	Avföringsproblem?	☐ Ja ☐ Nej
Eksem?	☐ Ja ☐ Nej	Ont/svårt när du kissar?	☐ Ja ☐ Nej
Krampsjukdom?	☐ Ja ☐ Nej	Synnedsättning?	☐ Ja ☐ Nej
Allergi?	☐ Ja ☐ Nej	Hörselnedsättning?	☐ Ja ☐ Nej
Födoämnesallergi/överkänslighet?	☐ Ja ☐ Nej	Läs- eller skrivsvårigheter?	☐ Ja ☐ Nej
Om ja, mot vad?		Reagerat med svåra allergiska reaktioner?	☐ Ja ☐ Nej

Finns ärftlighet för	
Ex. hjärt-kärlsjukdom, diabetes, astma eller annan kronisk sjukdom?	☐ Ja ☐ Nej
Skolios/sned rygg?	☐ Ja ☐ Nej
Läs-, tal- eller skrivsvårigheter?	☐ Ja ☐ Nej
Om ja på någon av ovanstående frågor, precisera vad och för vem det gäller:	

Pågående vård	
Använder du några mediciner?	☐ Ja ☐ Nej
Om ja , vilka mediciner: _____	
Har du regelbunden vårdkontakt, ex. BUP, Hab, vårdcentralen, Barnkliniken?	☐ Ja ☐ Nej
Om ja , vem/var: _____	
Går du till tandläkare när du blir kallad?	☐ Ja ☐ Nej

Social bakgrund			
Du bor hos?	☐ Sammanboende föräldrar	☐ Mamma	☐ Pappa
	☐ Växelvis boende	☐ Annan: _____	☐ Eget boende
Födelseland: _____	Antal syskon: _____		
Biologisk mammas längd: _____	Födelseland: _____		
Biologisk pappas längd: _____	Födelseland: _____		
Har du varit med om större omställningar i familjen (ex. sjukdom, skilsmässa, dödsfall)?	☐ Ja	☐ Nej	
Kommentar: _____			
Finns det eller har det på senare år förekommit tuberkulos i släkten eller bland bekanta?	☐ Ja	☐ Nej	

Livsstil	
Vad gör du på fritiden? _____	

På min fritid sitter jag vid datorn, TV:n eller mobilen	
☐ Mindre än 1 tim/dag	☐ 1-3 tim/dag ☐ 4-6 tim/dag ☐ Mer än 6 tim/dag

Kost

Hur ofta äter du frukost? ☐ Varje dag ☐ 5-6 g/v ☐ 3-4 g/v ☐ 1-2 g/v ☐ Aldrig

Hur ofta äter du lunch? ☐ Varje dag ☐ 5-6 g/v ☐ 3-4 g/v ☐ 1-2 g/v ☐ Aldrig

Hur ofta äter du middag? ☐ Varje dag ☐ 5-6 g/v ☐ 3-4 g/v ☐ 1-2 g/v ☐ Aldrig

Hur ofta äter du frukt/grönsaker? ☐ Varje dag ☐ 5-6 g/v ☐ 3-4 g/v ☐ 1-2 g/v ☐ Aldrig

Är du nöjd med din vikt? ☐ Ja ☐ Nej

Aktivitet

Hur ofta rör du dig sammanlagt minst 60 min/dag? ☐ 5-7 g/v ☐ 3-4 g/v ☐ 1-2 g/v ☐ Aldrig

Sömn

Jag sover bra ☐ Alltid ☐ Ofta ☐ Ibland ☐ Sällan ☐ Aldrig

Hur många timmar under natten sover du? _____ timmar/natt

Smärta

Har du under de senaste 3 månaderna besvärats av

Huvudvärk ☐ Alltid ☐ Ofta ☐ Ibland ☐ Sällan ☐ Aldrig

Magont ☐ Alltid ☐ Ofta ☐ Ibland ☐ Sällan ☐ Aldrig

Värk i axlar/nacke/rygg/knä/led ☐ Alltid ☐ Ofta ☐ Ibland ☐ Sällan ☐ Aldrig

Hur ofta använder du smärtstillande? ☐ Dagligen ☐ Några g/v ☐ Några g/mån ☐ Några g/år ☐ Aldrig

Arbetsmiljö

Hur trivs du i skolan? ☐ Bra ☐ Ganska bra ☐ Varken bra/dåligt ☐ Ganska dåligt ☐ Dåligt

Vad tycker du om skolans toaletter? ☐ Bra ☐ Ganska bra ☐ Ganska dåligt ☐ Dåligt

Hur upplever du att det fungerar i skolmatsalen? ☐ Bra ☐ Ganska bra ☐ Ganska dåligt ☐ Dåligt

Är det lugnt i klassrummet? ☐ Alltid ☐ Ofta ☐ Ibland ☐ Aldrig

Upplever du stress i skolan/eller känner du dig stressad av skolarbetet? ☐ Alltid ☐ Ofta ☐ Ibland ☐ Aldrig

Vet du någon på skolan som blivit retad, utstött eller på annat sätt illa behandlad de senaste 3 månaderna?
☐ Nej ☐ Ja

Har du själv blivit retad, utstött eller på annat sätt illa behandlad de senaste 3 månaderna?

a) av andra elever i skolan? ☐ Nej ☐ Ja, via Internet/SMS ☐ Ja, på annat sätt

b) av vuxna i skolan? ☐ Nej ☐ Ja, via Internet/SMS ☐ Ja, på annat sätt

Har du själv behandlat någon illa i skolan? ☐ Ja ☐ Nej

Personalen på skolan bryr sig om mig ☐ Ja ☐ Nej

Psyk/socialt

Har du de senaste 3 månaderna känt dig

Ledsen ☐ Alltid ☐ Ofta ☐ Ibland ☐ Sällan ☐ Aldrig

Rädd eller orolig ☐ Alltid ☐ Ofta ☐ Ibland ☐ Sällan ☐ Aldrig

Irriterad/på dåligt humör ☐ Alltid ☐ Ofta ☐ Ibland ☐ Sällan ☐ Aldrig

Har du någon gång skadat dig för att må bra? ☐ Ja ☐ Nej

Har du blivit utsatt för våld/övergrepp? ☐ Ja ☐ Nej

Upplever du dig trygg i din hemmiljö? ☐ Ja ☐ Nej

Känner du oro för någon i din närhet? ☐ Ja ☐ Nej

Har du någon kompis som du litar på? ☐ Ja ☐ Nej

Har du någon du kan prata med om viktiga saker? ☐ Ja ☐ Nej

Om ja, vilken ☐ Förälder ☐ Skolpersonal ☐ Kompis/syskon ☐ Annan vuxen

ANTD

Röker du? ☐ Nej, aldrig provat ☐ Nej, men har provat ☐ Ja, ibland ☐ Ja, nästan varje dag ☐ Ja, varje dag

Snusar du? ☐ Nej, aldrig provat ☐ Nej, men har provat ☐ Ja, ibland ☐ Ja, nästan varje dag ☐ Ja, varje dag

Använder du vattenpipa? ☐ Nej, aldrig provat ☐ Nej, men har provat ☐ Ja, ibland ☐ Ja, nästan varje dag ☐ Ja, varje dag

Dricker du alkohol? ☐ Nej, aldrig provat ☐ Nej, men har provat ☐ Ja, ibland

Har du blivit erbjuden droger? ☐ Ja ☐ Nej

Sex och pubertet

Har du fått mens (flickor)? ☐ Ja ☐ Nej

Har du genomgått kvinnlig omskärelse (flickor)? ☐ Ja ☐ Nej

Har du genomgått manlig omskärelse (pojkar)? ☐ Ja ☐ Nej

Har du några frågor eller har något att berätta som handlar om din kroppsutveckling, om preventivmedel eller andra frågor om känslor, sex och relationer? ☐ Ja ☐ Nej

Om ja, skriv gärna här:

Välbefinnande

Jag mår... ☐ Mycket bra ☐ Bra ☐ Varken bra eller dåligt ☐ Dåligt ☐ Mycket dåligt

Vad är du själv mest nöjd med när det gäller dina vanor såsom fysisk aktivitet, matvanor, sömn, tobak, alkohol och droger?

Är det något du skulle vilja förändra?

Om du tänker på dig själv... ☐ Mycket nöjd ☐ Ganska nöjd ☐ Ganska missnöjd ☐ Mycket missnöjd

Om du tänker på din kropp... ☐ Mycket nöjd ☐ Ganska nöjd ☐ Ganska missnöjd ☐ Mycket missnöjd

Om du tänker på ditt liv i största allmänhet, var tycker du att du står just nu? Kryssa i det nummer som bäst passar in på dig. 10 motsvarar det bästa liv du kan tänka dig, 0 motsvarar det sämsta liv du kan tänka dig.

☐ 10 ☐ 9 ☐ 8 ☐ 7 ☐ 6 ☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1 ☐ 0

Framtiden

Hur ser din framtid ut? Vilket yrke intresserar dig?

Underskrift och samtycke enligt personuppgiftslagen (SFS 1998:204)

Datum	Underskrift (elev)
-------	--------------------

Lämnade personuppgifter kommer att registreras i kommunens dataregister. Du har, enligt personuppgiftslagen, SFS 1998:204, rätt att 1 gång/år ta del av de uppgifter som finns i våra register och berör dig samt även begära rättelse av dessa. Begäran ska vara skriftlig. Personuppgiftsansvarig är Kommunstyrelsen i Östra Göinge kommun, Storgatan 4, 289 41 Broby.