



Hälsouppgift årskurs 7/8 – till elev

Svara på nedanstående frågor och lämna ifylld blankett i ett slutet kuvert till skolsköterskan. Endast skolsköterska och skolläkare har tillgång till denna handling.

Uppgift om elev

Namn		Personnummer			
Livsstil					
Vad gör du på fritiden? _____					
På min fritid sitter jag vid datorn, TV:n eller mobilen					
<input type="checkbox"/> Mindre än 1 tim/dag	<input type="checkbox"/> 1-3 tim/dag	<input type="checkbox"/> 4-6 tim/dag	<input type="checkbox"/> Mer än 6 tim/dag		
Kost					
Hur ofta äter du frukost?	<input type="checkbox"/> Varje dag	<input type="checkbox"/> 5-6 g/v	<input type="checkbox"/> 3-4 g/v	<input type="checkbox"/> 1-2 g/v	<input type="checkbox"/> Aldrig
Hur ofta äter du lunch?	<input type="checkbox"/> Varje dag	<input type="checkbox"/> 5-6 g/v	<input type="checkbox"/> 3-4 g/v	<input type="checkbox"/> 1-2 g/v	<input type="checkbox"/> Aldrig
Hur ofta äter du middag?	<input type="checkbox"/> Varje dag	<input type="checkbox"/> 5-6 g/v	<input type="checkbox"/> 3-4 g/v	<input type="checkbox"/> 1-2 g/v	<input type="checkbox"/> Aldrig
Hur ofta äter du frukt/grönsaker?	<input type="checkbox"/> Varje dag	<input type="checkbox"/> 5-6 g/v	<input type="checkbox"/> 3-4 g/v	<input type="checkbox"/> 1-2 g/v	<input type="checkbox"/> Aldrig
Är du nöjd med din vikt?				<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Aktivitet					
Hur ofta rör du dig sammanlagt minst 60 min/dag?		<input type="checkbox"/> 5-7 g/v	<input type="checkbox"/> 3-4 g/v	<input type="checkbox"/> 1-2 g/v	<input type="checkbox"/> Aldrig
Sömn					
Jag sover bra	<input type="checkbox"/> Alltid	<input type="checkbox"/> Ofta	<input type="checkbox"/> Ibland	<input type="checkbox"/> Sällan	<input type="checkbox"/> Aldrig
Hur många timmar under natten sover du? _____ timmar/natt					
Smärta					
Ont/svårt när du kissar?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej			
Trång förhud som ger besvär i form av infektion eller delad urinstråle?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej			
<i>Har du under de senaste tre månaderna besvärats av</i>					
Huvudvärk	<input type="checkbox"/> Alltid	<input type="checkbox"/> Ofta	<input type="checkbox"/> Ibland	<input type="checkbox"/> Sällan	<input type="checkbox"/> Aldrig
Magont	<input type="checkbox"/> Alltid	<input type="checkbox"/> Ofta	<input type="checkbox"/> Ibland	<input type="checkbox"/> Sällan	<input type="checkbox"/> Aldrig
Värk i axlar/nacke/rygg	<input type="checkbox"/> Alltid	<input type="checkbox"/> Ofta	<input type="checkbox"/> Ibland	<input type="checkbox"/> Sällan	<input type="checkbox"/> Aldrig
Hur ofta använder du smärtstillande?	<input type="checkbox"/> Dagligen	<input type="checkbox"/> Några g/v	<input type="checkbox"/> Några g/mån	<input type="checkbox"/> Några g/år	<input type="checkbox"/> Aldrig
Sex/pubertet					
Har du fått mens (flickor)?				<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har du genomgått kvinnlig omskärelse (flickor)?				<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har du genomgått manlig omskärelse (pojkar)?				<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> 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?				<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Om ja, skriv gärna här:					
ANTD					
Röker du?	<input type="checkbox"/> Nej, aldrig provat	<input type="checkbox"/> Nej, men har provat	<input type="checkbox"/> Ja, ibland	<input type="checkbox"/> Ja, nästan varje dag	<input type="checkbox"/> Ja, varje dag
Snusar du?	<input type="checkbox"/> Nej, aldrig provat	<input type="checkbox"/> Nej, men har provat	<input type="checkbox"/> Ja, ibland	<input type="checkbox"/> Ja, nästan varje dag	<input type="checkbox"/> Ja, varje dag
Använder du vattenpipa?	<input type="checkbox"/> Nej, aldrig provat	<input type="checkbox"/> Nej, men har provat	<input type="checkbox"/> Ja, ibland	<input type="checkbox"/> Ja, nästan varje dag	<input type="checkbox"/> Ja, varje dag
Dricker du alkohol?	<input type="checkbox"/> Nej, aldrig provat		<input type="checkbox"/> Nej, men har provat	<input type="checkbox"/> Ja, ibland	
Har du blivit erbjuden droger?	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nej		

Arbetsmiljö										
Hur trivs du i skolan?	<input type="checkbox"/> Bra	<input type="checkbox"/> Ganska bra	<input type="checkbox"/> Varken bra/dåligt	<input type="checkbox"/> Ganska dåligt	<input type="checkbox"/> Dåligt					
Vad tycker du om skolans toaletter?	<input type="checkbox"/> Bra	<input type="checkbox"/> Ganska bra	<input type="checkbox"/> Ganska dåligt	<input type="checkbox"/> Dåligt						
Vad tycker du om skolans duschar?	<input type="checkbox"/> Bra	<input type="checkbox"/> Ganska bra	<input type="checkbox"/> Ganska dåligt	<input type="checkbox"/> Dåligt						
Är det lugnt i klassrummet?	<input type="checkbox"/> Alltid	<input type="checkbox"/> Ofta	<input type="checkbox"/> Ibland	<input type="checkbox"/> Aldrig						
Är det lugnt i skolmatsalen?	<input type="checkbox"/> Alltid	<input type="checkbox"/> Ofta	<input type="checkbox"/> Ibland	<input type="checkbox"/> Aldrig						
Upplever du stress i skolan/eller känner du dig stressad av skolarbetet?	<input type="checkbox"/> Alltid	<input type="checkbox"/> Ofta	<input type="checkbox"/> Ibland	<input type="checkbox"/> Aldrig						
Vad tycker du om schemat?	<input type="checkbox"/> Bra	<input type="checkbox"/> Ganska bra	<input type="checkbox"/> Ganska dåligt	<input type="checkbox"/> Dåligt						
När du målen i alla ämnen?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej							
Vet du vilket program du vill söka till på gymnasiet?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej							
Har du blivit illa behandlad av andra elever på skolan?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej							
Har du blivit illa behandlad av vuxna på skolan?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej							
Har du själv behandlat någon illa i skolan?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej							
Har du någon nära vän på skolan?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej							
Personalen på skolan bryr sig om mig		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej							
Psyk/socialt										
<i>Har du under de senaste tre månaderna känt dig</i>										
Ledsen	<input type="checkbox"/> Alltid	<input type="checkbox"/> Ofta	<input type="checkbox"/> Ibland	<input type="checkbox"/> Sällan	<input type="checkbox"/> Aldrig					
Rädd eller orolig	<input type="checkbox"/> Alltid	<input type="checkbox"/> Ofta	<input type="checkbox"/> Ibland	<input type="checkbox"/> Sällan	<input type="checkbox"/> Aldrig					
Irriterad/på dåligt humör	<input type="checkbox"/> Alltid	<input type="checkbox"/> Ofta	<input type="checkbox"/> Ibland	<input type="checkbox"/> Sällan	<input type="checkbox"/> Aldrig					
Har du någon gång skadat dig för att må bra?				<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej					
Har du blivit utsatt för våld/övergrepp?				<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej					
Upplever du dig trygg i din hemmiljö?				<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej					
Känner du oro för någon i din närhet?				<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej					
Har du någon du kan prata med om viktiga saker?				<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej					
Om ja, vilken	<input type="checkbox"/> Förälder	<input type="checkbox"/> Skolpersonal	<input type="checkbox"/> Kompis/syskon	<input type="checkbox"/> Annan vuxen						
Välbefinnande										
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...	<input type="checkbox"/> Mycket nöjd	<input type="checkbox"/> Ganska nöjd	<input type="checkbox"/> Ganska missnöjd	<input type="checkbox"/> Mycket missnöjd						
Om du tänker på din kropp...	<input type="checkbox"/> Mycket nöjd	<input type="checkbox"/> Ganska nöjd	<input type="checkbox"/> Ganska missnöjd	<input type="checkbox"/> 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.										
<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
Framtiden										
Så här tänker jag att min framtid som vuxen ska bli. Skriv gärna här:										

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.