



Hälsouppgift årskurs 7/8 – till föräldrar/vårdnadshavare

För att bedöma ditt barns hälsa och vara till hjälp för er och ert barn ber vi er fylla i nedanstående frågor. Lämna ifyllt blankett i ett slutet kuvert till skolsköterskan. Endast skolsköterska och skolläkare har tillgång till denna handling.

Uppgift om elev

Namn		Personnummer	
Har ditt barn			
Täta infektioner?	☐ Ja ☐ Nej	Synnedsättning?	☐ Ja ☐ Nej
Astma?	☐ Ja ☐ Nej	Hörselnedsättning?	☐ Ja ☐ Nej
Diabetes?	☐ Ja ☐ Nej	Ont/svårt när hon/han kissar?	☐ Ja ☐ Nej
Eksem?	☐ Ja ☐ Nej	Avföringsproblem?	☐ Ja ☐ Nej
Krampsjukdom?	☐ Ja ☐ Nej	Neuropsykiatriska svårigheter, ex. ADHD, autism?	☐ Ja ☐ Nej
Annan kronisk sjukdom?	☐ Ja ☐ Nej	Läs- och skrivsvårigheter?	☐ Ja ☐ Nej
Om ja, vad?			
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 ditt barn några mediciner?		☐ Ja	☐ Nej
Om ja , vilka mediciner: _____			
Har ditt barn regelbunden vårdkontakt, ex. BUP, Hab, vårdcentralen, Barnkliniken?		☐ Ja	☐ Nej
Om ja , vem/var: _____			
Går ditt barn till tandläkare när hon/han blir kallad?		☐ Ja	☐ Nej
Har ditt barn			
Allergi?		☐ Ja	☐ Nej
Om ja , mot vad: _____			
Födoämnesallergi/överkänslighet?		☐ Ja	☐ Nej
Om ja , mot vad: _____			
Reagerat med svåra allergiska reaktioner?		☐ Ja	☐ Nej
Reagerat onormalt vid tidigare vaccinationer?		☐ Ja	☐ Nej
Social bakgrund			
Eleven bor hos?		☐ Sammanboende föräldrar	☐ Mamma ☐ Pappa
		☐ Växelsvis boende	☐ Annan: _____
Barnets födelseland: _____		Antal syskon: _____	
Biologisk mammas längd: _____		Födelseland: _____	
Biologisk pappas längd: _____		Födelseland: _____	
Har ditt barn 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

Underskrift och samtycke enl. personuppgiftslagen; vårdnadshavare (OBS! Finns två vårdnadshavare måste båda underteckna)

Datum	Datum
Underskrift, vårdnadshavare 1	Underskrift, vårdnadshavare 2

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.