



Hälsouppgift årskurs 4 – 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	Urinläckage dagtid/natttid?	☐ Ja	☐ Nej
Astma?	☐ Ja	☐ Nej	Ont/svårt när hon/han kissar?	☐ Ja	☐ Nej
Diabetes?	☐ Ja	☐ Nej	Avföringsproblem?	☐ Ja	☐ Nej
Eksem?	☐ Ja	☐ Nej	Synnedsättning?	☐ Ja	☐ Nej
Krampsjukdom?	☐ Ja	☐ Nej	Hörselnedsättning?	☐ Ja	☐ Nej
Annan kronisk sjukdom?	☐ Ja	☐ Nej	Neuropsykiatriska svårigheter, ex. ADHD, autism?	☐ Ja	☐ Nej

Om ja, vilken:

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
	☐ Växelvis boende	☐ Annan: _____	
Barnets födelseland: _____			
Biologisk mammas längd: _____			
Biologisk pappas längd: _____			
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	

Kunskap/utveckling

Har ditt barn svårigheter med läsning, stavning eller matematik?

☐ Ja☐ Nej

Kan ditt barn koncentrera sig i skolan?

☐ Ja☐ Nej

Tycker du att ditt barn får den hjälp hon/han behöver?

☐ Ja☐ Nej

Har ditt barn arbetsro på lektionerna?

☐ Ja☐ Nej**Kost**

Behöver ditt barn specialkost?

☐ Ja☐ Nej**Om ja, vilken kost:****Smärta**

Besvärar ditt barn av huvudvärk?

☐ Alltid☐ Ofta☐ Ibland☐ Sällan☐ Aldrig

Besvärar ditt barn av magont?

☐ Alltid☐ Ofta☐ Ibland☐ Sällan☐ Aldrig**Medicinska uppgifter****För flickor**

Har ditt barn genomgått kvinnlig omskärelse?

☐ Ja☐ Nej**För pojkar**

Har ditt barn genomgått manlig omskärelse?

☐ Ja☐ Nej**Välbefinnande**

Känner ditt barn oro/ängslan?

☐ Ofta☐ Ibland☐ Aldrig

Känner ditt barn sig stressat?

☐ Ofta☐ Ibland☐ Aldrig

Hur upplever du att ditt barn mår just nu?

Är det något annat som skolsköterskan bör känna till angående ditt barns hälsa?

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.