

Hälsouppgift årskurs 4 – 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			
Hur ser din familj ut? <input type="checkbox"/> Båda föräldrarna <input type="checkbox"/> Mamma <input type="checkbox"/> Pappa <input type="checkbox"/> Växelboende <input type="checkbox"/> Annan (t.ex. familjehem)			
Syskon: _____			
Hur mycket tid sitter du vid en skärm (t.ex. dator, I-Pad, mobil, tv) per dag under skolveckan?			
<input type="checkbox"/> Mindre än 1 timme/dag <input type="checkbox"/> 1-3 timmar/dag <input type="checkbox"/> 4-6 timmar/dag <input type="checkbox"/> Mer än 6 timmar/dag			
Vad har du för fritidsaktivitet? _____			
Hur ofta är du fysiskt aktiv? <input type="checkbox"/> Varje dag <input type="checkbox"/> 4-5 dagar/vecka <input type="checkbox"/> 2-3 dagar/vecka <input type="checkbox"/> Aldrig			
Kost			
Äter du frukost varje dag?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ibland
Äter du skollunchen varje dag?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ibland
Äter du middag/kvällsmat varje dag?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ibland
Hur ofta äter/dricker du sötsaker, ex. godis, snacks, kakor, läsk mm?		<input type="checkbox"/> Aldrig <input type="checkbox"/> 1-2 dagar/vecka	<input type="checkbox"/> 3-4 dagar i veckan <input type="checkbox"/> Varje dag
Hur ofta äter du grönsaker/frukt?		<input type="checkbox"/> Aldrig <input type="checkbox"/> 1-2 dagar/vecka	<input type="checkbox"/> 3-4 dagar i veckan <input type="checkbox"/> Varje dag
Hur ofta borstar du tänderna?		<input type="checkbox"/> Morgon och kväll <input type="checkbox"/> En gång om dagen	<input type="checkbox"/> Sällan <input type="checkbox"/> Aldrig
Sömn			
Känner du dig ofta trött?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ibland
Vilken tid går du och lägger dig på kvällen under skolveckan? Klockan: _____			
Har du svårt för att somna?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ibland
Om ja, varför? _____			
Sover du gott hela natten?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ibland
Smärta			
Har du ofta ont någonstans, ex. huvudvärk, magont?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Om du svarar ja, var då? _____			
Frågor kring din kropp (fyll i det som passar in just på dig)			
Jag är omskuren		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej
Vet du vad mens är?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har du fått mens?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Om du har fått mens, när då? _____			
Har du båda testiklarna (kulorna) i pungen?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vet ej
Har du några funderingar eller oro kring ditt underliv?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

Trivsel och ditt mående

Mår du bra? Ja Nej

Om nej, varför? _____

Har du blivit utsatt för våld/övergrepp av något slag, av någon elev eller vuxen? Ja Nej

Har du varit med om att någon tagit/tar på dig på ett sätt som inte känns bra?
Tvingar/ber dig att göra saker som du egentligen inte vill? Ja Nej

Är du med om saker som du är rädd för ska komma fram till andra i din närhet? Ja Nej

Har du någon vuxen att prata med om viktiga saker? Ja Nej

Har du någon att vara tillsammans med på rasterna? Ja Nej

Är det någon i klassen som inte får vara med? Ja Nej

Bli^r du retad eller illa behandlad av andra elever? Ja Nej

Bli^r du retad eller illa behandlad av någon vuxen på skolan? Ja Nej

Finns det något ställe på skolan som du undviker? Ja Nej

Om ja, var? _____

Vad beror det på? _____

Skola - Arbetsmiljö

Trivs du i skolan? Ja Nej Sådär

Använder du toaletterna i skolan? Ja Nej

Om inte, varför? _____

Duschar du efter idrottslektionen? Ja Nej Ibland

Om inte, varför? _____

Är du nöjd med ditt skolarbete? Ja Nej Sådär

Har du svårigheter med skolarbetet? Ja Nej

Får du den hjälp som du behöver? Ja Nej

Har du arbetsro på lektionerna? Ja Nej

Känner du dig stressad, orolig eller ängslig? Ofta Ibland Aldrig

Till sist...vad får dig att må bra?

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.