



HUDDINGE
KOMMUN

BARN- OCH
UTBILDNINGSFÖRVALTNINGEN

HÄLSOUPPGIFTER

SIDA

1 (1)

Förnyade uppgifter Årskurs 4

Lämnas/skickas till skolsköterskan

Blanketten fylls i av vårdnadshavare. **Uppgifterna är konfidentiella och behandlas i enlighet med kommunens riktlinjer**

Var god texta

Elevens efternamn		Elevens förnamn		
Elevens personnummer		Klass		
Förälder/vårdnadshavares namn <input type="checkbox"/> Vårdnadshavare		Telefon dagtid		
Förälder/vårdnadshavares namn <input type="checkbox"/> Vårdnadshavare		Telefon dagtid		
Annan vårdnadshavare, namn		Telefon dagtid		
Vem/vilka bor eleven tillsammans med <input type="checkbox"/> Sammanboende föräldrar	<input type="checkbox"/> Växelvis boende	<input type="checkbox"/> Bara hos mamma	<input type="checkbox"/> Bara hos pappa	<input type="checkbox"/> Annan, vem?
Har det hänt något i familjesituationen de senaste åren? Vad i så fall?				

Kryssa för om eleven har:

<input type="checkbox"/> Astma	<input type="checkbox"/> Synnedsättning	<input type="checkbox"/> har glasögon/linser
<input type="checkbox"/> Allergi, mot vad?.....	<input type="checkbox"/> Hörselnedsättning / tinnitus	
<input type="checkbox"/> Eksem/ hudsjukdom, vad?.....		
<input type="checkbox"/> Annan överkänslighet/t.ex. mat vad?.....	<input type="checkbox"/> Koncentrationssvårigheter	
.....	<input type="checkbox"/> Inlärningssvårigheter	
<input type="checkbox"/> Återkommande infektioner	<input type="checkbox"/> Läs och skrivsvårigheter	
<input type="checkbox"/> Återkommande huvudvärk	<input type="checkbox"/> Problem med kroppsrörelser (motorik)	
<input type="checkbox"/> Återkommande magbesvär	<input type="checkbox"/> Ensamhet/kamratproblem	
<input type="checkbox"/> Besvärande trötthet	<input type="checkbox"/> Ledsen/nedstämd	
<input type="checkbox"/> Dålig aptit	<input type="checkbox"/> Ängslan/oro	
<input type="checkbox"/> Över/undervikt		
<input type="checkbox"/> Besvär med tandhälsa	Har eleven:	
<input type="checkbox"/> Ärtlig scolios (sned rygg i släkten)	<input type="checkbox"/> Haft någon allvarlig sjukdom/skada?	
	<input type="checkbox"/> Vistats på sjukhus?	
<input type="checkbox"/> Problem med underlivet /penis pung	För vad?	
<input type="checkbox"/> Besvär med urinvägarna/att kissa	Vad?	
<input type="checkbox"/> Svårigheter att hålla urin,avföring		
	<input type="checkbox"/> Andra problem eller sjukdomar?	
	Vad?.....	

Har eleven kontakt med

<input type="checkbox"/> Läkare	<input type="checkbox"/> Psykolog/kurator	<input type="checkbox"/> Socialtjänst	<input type="checkbox"/> Annan
För vad?		Eventuella läkemedel	
Var/hos vem?	

Vårdnadshavare ansvarar för att informera lärare och övrig skolpersonal om frågor som rör barnets hälsotillstånd. Elevhälsans medicinska insatser hjälper gärna till vid behov. Kontakta skolsköterskan om ni önskar tid till skolläkare

Underskrift

Datum	Namnteckning vårdnadshavare
-------	-----------------------------

BUF-SHV-0417 160819