

Endast skolsköterskan och skolläkaren har tillgång till uppgifterna och de har lagstadgad tystnadsplikt.

 lämna denna blankett i ett **slutet kuvert** för vidarebefodran till skolsköterskan.

Elevens namn		Personnummer	
Adress, postnummer och ort			
Vårdnadshavare 1		Personnummer	
Adress, (om annan än elevens)	Mobiltelefon	Telefon, arbete	
Vårdnadshavare 2		Personnummer	
Adress, (om annan än elevens)	Mobiltelefon	Telefon, arbete	
Barnets födelseland (om annat än Sverige)	Föräldrarnas födelseland (om annat än Sverige)	Vilka språk talas i hemmet (om annat än bara Svenska)	
Behov av tolk? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja   Om ja, vilket språk? .....			
Vilken barnvårdscentral (BVC) eller skola var ditt barn inskrivet senast? (adress om annan än Haninge kommun)			
Annan anhörig/kontaktperson		Mobiltelefon	Telefon, arbete
Fritidshem/familjedaghem			Telefon

Har ditt barn någonting av nedanstående?	Har eleven svårighet/problem med?
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej   Astma	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej   Att sitta still
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej   Eksem	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej   Att fungera i stor grupp
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej   Annan överkänslighet, t ex födoämne	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej   Grovmotorik; gå, springa, klättra
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej   Ofta infektioner	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej   Finmotorik; rita, klippa, äta
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej   Huvudvärk	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej   Talet
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej   Magont/andra magproblem	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej   Koncentration
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej   Krampsjukdom	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej   Ängslan
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej   Annan sjukdom	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej   Blyghet
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej   Svårighet att hålla avföring	<hr/>
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej   Svårighet att hålla urin	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej   Har eleven tidigare gått på kontroll eller behandling inom vården?
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej   Hörselnedsättning	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej   Går eleven på kontroll eller behandling inom vården, hos ex läkare/sjuksköterska/psykiolog?
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej   Synnedsättning	<hr/>
Beskriv de sjukdomar/besvär som ditt barn har enligt ovan samt andra hälsoproblem: ..... .....	Om ja, ange vem och var. ..... .....
Är det någonting som du vill att skolhälsovårdens speciellt ska veta/kontrollera? Ange vad: ..... .....	
- För pojkar: finns båda testiklarna i pungen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
- Har ditt barn vaccinerats enligt nationellt vaccinationsprogram på BVC? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
- För att kunna bedöma ditt barns tillväxtdiagram behöver vi följande uppgifter: Längd moder: ..... cm.   Längd fader: ..... cm.	

Godkänner ni att skolsköterskan kallar eleven till hälsobesök via sms? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Underskrift, vårdnadshavare 1	Namnförtydligande	Datum
Underskrift, vårdnadshavare 2	Namnförtydligande	Datum

Använd gärna baksidan för kommentarer och frågor.