

## Hälsouppgifter

## Förnyade uppgifter

Utbildningsförvaltningen

Klass .....

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	

Behov av tolk?  
 Nej  Ja Om ja, vilket språk? .....

Går eleven på kontroll eller behandling inom vården, hos ex läkare/sjuksköterska/psykolog?  
 Nej  Ja För vad: ..... Hos vem: .....

Tar eleven medicin regelbundet?  
 Nej  Ja Vilken: .....  
För vad: .....

Har eleven tidigare utretts inom vården? Till exempel logopedisk eller neuropsykiatrisk utredning?  
 Nej  Ja

Kryssa för om eleven har:

<input type="checkbox"/> Astma	<input type="checkbox"/> Huvudvärk	<input type="checkbox"/> Dyslexi (läs- och skrivsvårigheter)	<input type="checkbox"/> Ryggbesvär
<input type="checkbox"/> Magbesvär	<input type="checkbox"/> Eksem	<input type="checkbox"/> Oro/koncentrationssvårigheter	
<input type="checkbox"/> Sömnbesvär	<input type="checkbox"/> Glasögon/linser	<input type="checkbox"/> Allergi, ange typ .....	

Övrig medicinsk information kring eleven som ni önskar lämna:

Godkänner ni att skolsköterskan kallar eleven till hälsobesök via sms?  
 Nej  Ja

För att kunna bedöma ditt barns tillväxtdiagram behöver vi följande uppgifter:  
Längd moder: ..... cm. Längd fader: ..... cm.

Underskrift, vårdnadshavare	Namnförtydligande	Datum
Underskrift, vårdnadshavare	Namnförtydligande	Datum