Haninge kommun

Utbildningsförvaltningen

Konfidentiellt **2**

Hälsouppgifter

Förnyade uppgifter

Klass ----------

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

2017-08-23

Lämna denna blankett i ett **slutet kuvert** för vidarebefordran till skolsköterskan.

Elevens namn		Personnummer	
Adress, postnummer och ort			
Vårdnadshavare 1		Personnummer	
Adress (om annan än elevens)	Mobiltelefon	Telefon, bostad	Telefon, arbete
Vårdnadshavare 2		Personnummer	
Adress (om annan än elevens)	Mobiltelefon	Telefon, bostad	Telefon, arbete

Syskons namn	Födelseår	**Syskons namn**	Födelseår

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: ---------- Dos: ----------

För vad: ----------

Har eleven haft någon anmärkningsvärd sjukdom sedan senaste hälsouppgiftsinformation

☐ Nej ☐ Ja

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

☐ Nej ☐ Ja

Kryssa för om eleven har:

☐ Astma ☐ Huvudvärk ☐ Dyslexi (läs- och skrivsvårigheter) ☐ Ryggbesvär

☐ Magbesvär ☐ Eksem ☐ Allergi, ange typ ----------

☐ Sömnbesvär ☐ Glasögon/linser ☐ Oro/koncentrationssvårigheter

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

☐ Nej ☐ Ja

Godkänner ni att skolsköterskan kallar eleven till hälsobesök via sms?

☐ Nej ☐ Ja

Underskrift, vårdnadshavare	Namnförtydligande	Datum
Underskrift, vårdnadshavare	Namnförtydligande	Datum

Använd gärna baksidan för kommentarer och frågor.