



Kramfors kommun

HÄLSOUPPGIFT till Elevhälsans medicinska insats (EMI), åk 7

TILL VÅRDNADSHAVARE. ÅTERLÄMNA DET IFYLLDA FORMULÄRET I SLUTET KUVERT TILL SKOLSKÖTERSKAN. FORMULÄRET KOMMER ATT FÖRVARAS I ELEVENS JOURNAL. SKOLSKÖTERSKA OCH SKOLLÄKARE HAR LAGSTADGAD TYSTNADSPLIKT.

Elevers efternamn och förnamn	Personnummer
Adress	

Moderns namn	Tel.bost. (även riktnummer)	Tel.arb (även riktnummer)
Adress (om annan än elevens)		E-post adress
Faderns namn	Tel.bost. (även riktnummer)	Tel.arb (även riktnummer)
Adress (om annan än elevens)		E-post adress

Syskon namn	Födelseår	Syskon namn	Födelseår	Syskon namn	Födelse år

Har det sedan skolår 4 tillkommit någon förändring i familjesituationen som Ni tycker att EMI bör känna till?
Ja Nej

Om ja: Vad? _____

Har Ditt barn sedan skolår 1 genomgått några sjukdomar eller råkat ut för allvarigare kroppsskada?
Ja Nej

Om ja: Vad? _____

Kontrolleras Ditt barn på något sjukhus eller inom den öppna vården regelbundet eller periodiskt?
Ja Nej

Om ja: För vad?

Är Ditt barn allergiskt mot något?
Ja Nej

Om ja: Mot vad? _____

Ger skolmiljön problem för Ditt allergiska barn?
Ja Nej

Om ja: Beskriv _____

Använder Ditt barn medicin regelbundet eller periodiskt?
Ja Nej

Om ja: Vilken medicin? För vad? _____

Har Ditt barn några svårigheter som har betydelse för inläring? Ja Nej

Om ja: Beskriv: _____

Har Ditt barn ofta huvudvärk, ont i magen, trötthet eller andra besvär? Ja Nej

Om ja: Beskriv: _____

Har Ditt barn svårt att sova? Ja Nej

Hur många timmar per natt sover Ditt barn under skolveckan? _____ timmar

Äter Ditt barn frukost? Ja Nej

Äter Ditt barn skollunch? Ja Nej

Har Ditt barn prövat tobak? Ja Nej

Har Ditt barn prövat alkohol? Ja Nej

Kan Ditt barn simma 200 m eller mer? Ja Nej

Hur trivs Ditt barn i skolan? (sätt ett kryss på linjen) Bra _____ Dåligt

Hur trivs Ditt barn med kamraterna?(sätt ett kryss på linjen) Bra _____ Dåligt

Har Du några synpunkter på Ditt barns skolsituation som Du vill framföra, t.ex. hur det är i klassen eller på raster, vid skolmåltider, idrott eller annat? Ja Nej

Om ja: Beskriv: _____

Är det något annat Du vill framföra till Skolhälsovården? Ja Nej

Om ja: Vad: _____

Skolsköterskan erbjuder i åk 7 undersökning av längd, vikt, rygg, syn, ett individuellt hälsosamtal samt genomgång av medicinsk studie- och yrkesvägledning. Kontakta skolsköterskan om du har frågor.

Godkänner du att Studie-och yrkesvägledare, under högstadietiden, får informeras om det i Ditt barns hälsotillstånd som kan ha betydelse för Ditt barns studie- och yrkesval? Ja Nej

Datum:.....

Förälder/vårdnadshavare:.....

Förälder/vårdnadshavare:.....

Hälsa- och sjukvården utgår från att föräldrar med gemensam vårdnad agerar i samförstånd om enbart en av dem skriver under