

Hälsouppgift årskurs 1 i gymnasiet till Elevhälsans medicinska insats

(Alla uppgifter är frivilliga, svaren är sekretessbelagda och kommer att förvaras i Din journal hos Elevhälsans medicinska insats)

| PERSONUPPGIFTER | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Namn:..... | | Personnummer:..... | | | |
| Klass:..... | | | | | |
| Elevens mobiltelefon:..... | | | | | |
| Boendesituation: | | | | | |
| Telefon vårdnadshavare för omyndig elev:..... | | | | | |
| MEDICINSKA FRÅGOR | | | | | |
| Har Du besvärats av något av nedanstående det senaste året? När alternativ ges i frågorna - stryk under det Du tycker passar Dig. | | | | | |
| | Ja | Nej | | Ja | Nej |
| Allergi (om ja, beskriv nedan) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hörselnedsättning/Tinnitus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ADHD/ADD/Aspergers syndrom | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Synnedsättning | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Viktproblem (hög-låg) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Epilepsi/krampsjukdom | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Annat (om ja, beskriv nedan) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Går Du på kontroller hos någon läkare/sjukgymnast/psykolog? | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| I så fall, för vad?..... | | | | | |
| Tar Du regelbundet någon medicin? | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| I så fall, vilken och för vad?..... | | | | | |
| Behöver Du specialkost? | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Varför och vilken typ av kost?..... | | | | | |
| Tillåter Du att skolsköterskan informerar Dina lärare, SYV och Elevhälsan om Din hälsa när detta är av betydelse för Din skolsituation? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> | | | | | |
| Tillåter Du att skolsköterskan skickar meddelanden och kallelser via SMS? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> | | | | | |

Datum.....

Underskrift.....