

Vid frågor, kontakta mig:

Skolsköterska:

Telefon:

E-post:

Hälsouppgift för elev i förskoleklass

Till förälder/vårdnadshavare

För att bättre kunna bedöma ditt barns hälsa och underlätta skolgång behöver elevhälsans medicinska insats (EMI) få en bild av tidigare och nuvarande sjukdomar m.m. Vi ber er därför att fylla i och återlämna formuläret i slutet kuvert. Skolsköterska och skolläkare har tystnadsplikt. Tänk på att meddela eventuella förändringar till skolsköterskan.

Observera att det är ni föräldrar/vårdnadshavare som ansvarar för att informera personalen på skolan om ert barns hälsa och eventuella sjukdomar. Om ni önskar hjälp med detta är ni välkomna att kontakta skolsköterskan.

Elev

Namn	Personnummer
Adress	Telefon hem
Postnummer och ort	Födelseland (om annat än Sverige)

Vårdnadshavare 1 Enskild vårdnad

Vårdnadshavare 2

Namn	Namn
Personnummer	Personnummer
Adress (om annan än barnets)	Adress (om annan än barnets)
Telefon/mobil	Telefon/mobil
E-post adress	E-post adress
Barnet bor hos: <input type="checkbox"/> Båda <input type="checkbox"/> Vårdnadshavare 1 <input type="checkbox"/> Växelvis boende <input type="checkbox"/> Vårdnadshavare 2	

Har du några synpunkter på skolsituationen som du tycker att elevhälsans medicinska insats bör känna till? (t.ex trivsel i klassen, skolidrotten, skolmåltiderna eller annat)

Elevens hälsotillstånd

Har eleven:

Astma	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	Ofta huvudvärk	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Eksem	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	Ofta magont	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Allergi (om ja, mot vad?)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	Svårigheter att hålla urin/avföring	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
.....					
Annan överkänslighet (om ja, mot vad?)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	Annan sjukdom? (om ja, vad?)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
.....				
Synnedstättning	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej			
Hörselnedsättning	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej			

Kontrolleras eleven regelbundet av läkare?

Ja

Nej

(om ja, ange för vad och mottagning)

Medicinerar eleven regelbundet?

Ja

Nej

(om ja, ange för vad och vilken medicin)

Är det något annat du själv tror har betydelse för ditt barns skolstart?

Vi godkänner att medicinska uppgifter av betydelse för vårt barn får
överlämnas av skolsköterskan till berörda lärare/rektorer:

Ja

Nej

Vårdnadshavare 1

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

Underskrift:

Datum:

Vårdnadshavare 2

Underskrift:

Datum: