

Hälsouppgift för elev i årskurs 7

Till vårdnadshavare Hälsouppgift för elev i årskurs 7 *Elevhälsans Medicinska Insats = EMI*

Ditt barn erbjuds hälsobesök hos skolsköterskan. För att kunna följa ditt barns hälsa önskar vi att Du besvarar de här frågorna om barnets hälsa och skolsituation. Svaren är sekretessbelagda och kommer att förvaras i barnets journal som bara EMI (Skolsköterska och skolläkare) har tillgång till.

Barnets namn	Personnummer	Klass
Adress		
Födelseland (om annat än Sverige)	Tidpunkt för ankomst till Sverige	Modersmål
Namn vårdnadshavare 1	Namn vårdnadshavare 2	
Adress	Adress	
Födelseland och språk	Födelseland och språk	

Barnet bor hos

- Båda vårdnadshavarna
 Vårdnadshavare 1
 Vårdnadshavare 2
 Växelvis boende
 Annan, ange namn och telefon

Vi / jag har

- Gemensam vårdnad
 Enskild vårdnad

För att kunna bedöma barnets tillväxt behöver vi uppgift om föräldrars längd

Mamma (ange i cm) Pappa (ange i cm)

.....

Har det sedan hälsobesöket i förskoleklass skett någon förändring i familjesituationen som ni anser att skolsköterskan bör känna till? Om ja, vad/vilken	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Kontrolleras ert barn på sjukhus eller inom den öppna vården? Om ja, för vad	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Använder ert barn regelbundet något läkemedel? Om ja, vilket läkemedel	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Har ert barn råkat ut för någon allvarlig skada/olycka? Om ja, vilken	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja

Hälsouppgift för elev i årskurs 7

Har ert barn någon allergi? Om ja, vilken allergi	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Förekommer det skolios (krökt ryggrad) hos någon i familjen? Om ja, hos vem	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Har ert barn		
Kommit in i puberteten?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
(Flickor) fått mens?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
(Pojkar) problem med trång förhud?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Finns det funderingar kring ditt barns längd och vikt? Om ja, vilka	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Har ditt barn mottagit alla vaccinationer som erbjudits av barnhälsovården och skolhälsovården?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Övriga upplysningar om barnets hälsotillstånd eller utveckling som är av betydelse för skolsköterska/skolläkare att känna till		
Är det något annat Du vill framföra till skolsköterskan angående Ditt barns hälsa eller skolsituation?		

Underskrift

Datum

.....

Vårdnadshavare 1

Vårdnadshavare 2

.....