



Hälsouppgift Förskoleklass

I förskoleklass erbjuds ett hälsobesök hos skolsköterskan, enligt rutin. Det innebär kontroll av syn, hörsel, vikt (med kläder på) och längd. Innan dessa årskursvisa hälsobesök påbörjas är det värdefullt att få tillbaka denna blankett ifylld av förälder/vårdnadshavare. Ifylld blankett lämnas åter till skolsköterska (enklast via klasslärare). Hör gärna av er om ni undrar något kring detta. **Tack.**

PERSONUPPGIFTER, ELEV

Efternamn, förnamn	Personnummer
Gatuadress, postnummer, ort	

Under 'Kod' sätts siffra; 1=biologisk, 2=adoptiv, 3=familjehems vh, 4=bonus förälder, 5=avliden

PERSONUPPGIFTER, FÖRÄLDER/VÅRDNADSHAVARE(vh)

Namn, vh 1	Kod	Arbetsplats	Personnummer
Gatuadress, postnummer, ort (om annan än elevens)			
Födelseland (om inte Sverige)	Telefon arbetet	Telefon bostaden	Telefon mobil
E- postadress			

Namn, vh 2	Kod	Arbetsplats	Personnummer
Gatuadress, postnummer, ort (om annan än elevens)			
Födelseland (om inte Sverige)	Telefon arbetet	Telefon bostaden	Telefon mobil
E- postadress			

Mors längd, cm	Fars längd, cm
----------------	----------------

Under 'Kod' sätts siffra; 1= hel, 2= adoptiv, 3=halv, 4=bonus syskon, 5=avliden

PERSONUPPGIFTER, SYSKON

Namn och personnummer	Kod	Namn personnummer	Kod
Namn och personnummer	Kod	Namn personnummer	Kod
Namn och personnummer	Kod	Namn personnummer	Kod

VACCINATIONER

Har ditt barn fått samtliga vaccinationer som erbjudits på BHV/barnhälsovården?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Har ditt barn fått någon vaccination utöver det ordinarie vaccinationsprogram som erbjuds inom barnhälsovården? Om ja, vilka:	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>

RISKGRUPPER/BLODSMITTA

Har ditt barn någon blodsmitta? Om ja, vilken:	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
---	-----------------------------	------------------------------

LÅKARKONTROLL

Kontrolleras eleven regelbundet av läkare, på er hälsocentral, sjukhus, eller någon annan vårdinstans?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
	Om ja, ange gärna hos vem och var:	

MEDICINERING

Medicinerar eleven regelbundet?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
	Om ja, ange gärna för vad och vilken medicin:	

VAR GOD VÄND ⇨

ELEVENS HÄLSOTILLSTÅND

Har eleven	Ja	Nej		Ja	Nej
Astma			Krampsjukdom		
Eksem			Diabetes		
Allergi /annan överkänslighet			Huvudvärk		
Hörselnedsättning			Magont		
Synnedsättning			Svårigheter att hålla urin/avföring		

Övriga upplysningar (som kan vara bra för skolsköterskan att känna till om just Ditt/Ert barn);

EGENSKAPER och UTVECKLING

Beskriv gärna ditt barns starka sidor;

	Ja	Nej
Har ditt barn svårigheter med att leka med jämnåriga?		
Hamnar ditt barn ofta i konflikt med andra?		
Har ditt barn svårigheter att tala så att andra förstår?		
Vid högläsning, har ditt barn svårigheter att följa med i berättelsen?		
Har ditt barn svårt att rita och klippa (finmotorik)?		
Har ditt barn svårigheter att gå, springa eller klättra (grovmotorik)?		
Har ditt barn svårt att sitta stilla och koncentrera sig?		
Är ditt barn oroligt och ängsligt?		
Har ditt barn problem med sömnen?		
Oroar du dig för ditt barns skolstart/skolgång? Om ja, på vilket sätt?		
Finns det läs- och skrivsvårigheter (dyslexi) eller svårigheter att räkna (dyskalkyli) hos någon i familjen? Om ja: Tillåter ni att klasslärare får del av den informationen? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		
Fråga gällande pojkar: Finns testiklarna på plats i pungen? (Detta kontrollerades av läkare på BHV/barnhälsovården. Nu endast som kontrollfråga till förälder i samband med skolstart. Inget som kontrolleras hos skolsköterskan.)	Ja	Nej

Tillåter Du att skolsköterskan vid behov får prata med berörd lärare/pedagog om det är något med Ditt barns hälsa som har betydelse för skolarbetet?

JA NEJ

Ort och datum _____

Vårdnadshavares underskrift

Enskild vårdnad

Vårdnadshavares underskrift