



Till vårdnadshavare

Elevhälsan den medicinska delens arbete är hälsofrämjande och förebyggande samt en fortsättning på den hälsovård som ditt barn fått genom barnhälsovården.

För att vi skall kunna stödja ditt barn i skolan ber vi dig fylla i hälsodeklarationen och lämna den **i ett slutet kuvert** till skolsköterskan. Informationen ligger till grund för kommande hälsobesök och hanteras enligt de sekretessbestämmelser som gäller för hälso- och sjukvårdspersonal. Sekretessen kan brytas av anmälningsskyldighet till socialnämnden vid misstanke om att barn/ungdomar far illa.

Elevhälsans medicinska del kan använda SMS-påminnelse inför besök hos skolsköterska eller skolläkare.

Vid frågor kontakta skolsköterskan.

Vänliga hälsningar

Mathilda Spetz / Cecilia Halldorf
Skolsköterskor

013-329965
tfn

e-postadress mathilda.spetz@nyamunken.se / cecilia.halldorf@nyamunken.se

Elevens personuppgifter:

Namn:	Personnr:
Telefonnummer:	e-post:
Skola:	Klass:

Vårdnadshavare 1, namn:	Telefon dagtid:
Adress:	Önskas tolk? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Vårdnadshavare 2, namn:	Språk:
Adress:	Telefon dagtid:
	Önskas tolk? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
	Språk:

Vårdnadshavare har gemensam vårdnad

enskild vårdnad



Har ditt/ert barn svårighet med:

- Synnedläggning nej ja
- Hörseln nej ja
- Läsning och skrivning nej ja
- Huvudvärk nej ja
- Värk i kroppen nej ja
- Födoämnesallergi nej ja
- Om ja, vad _____
- Uttalade eksem nej ja
- Mage eller tarm t.ex. smärta, diarré, förstoppning nej ja
- Urinen t.ex. smärta, svårt att kissa, kissar på sig nej ja
- Någon sjukdom/funktionsnedsättning? nej ja
- Om ja, vad _____

Gäller flickor: Besvär i samband med menstruation

- t.ex. svår mensvärk, långvarig eller stor blödning nej ja
- Regelbunden sjukvårdskontakt nej ja
- Om ja var _____
- Tar barnet någon medicin nej ja
- Om ja, vilken medicin _____

Har ditt/ert barn svårighet med:

- Oro ängslan nej ja
- Kamratrelationer nej ja
- Koncentration nej ja
- Kost /matsituation nej ja
- Sömn nej ja

Neuropsykiatrisk funktionsnedsättning:

- ADHD/ADD nej ja
- Autismspektrumdiagnos nej ja

Finns det något annat du vill informera om som du tror kan ha betydelse för ditt barns välmående och skolgång t.ex. ändrade hemförhållanden, sjukdom i familjen?

Datum: _____

Hälsodeklarationen ifylld av: _____

Namnförtydligande: _____