

Hälsodeklaration åk 7-9

För att kunna stödja ditt barn i skolan ber vi dig fylla i hälsodeklarationen och lämna 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 barn/ungdom far illa. Elevhälsans medicinska insats kan använda SMS-påminnelse inför besök hos skolsköterska eller skolläkare. Vid frågor, kontakta skolsköterskan

Tina Peurell, skolsköterska, mejl: tina.peurell@nyamunken.se tel: 0705-15 01 99, 0700-203504
Anna Borg, skolsköterska, mejl: anna.borg@nyamunken.se tel: 0702-76 13 31, 0700-203505

Elevuppgifter

Elevers namn	Personnummer
Mobil nr	Klass

Vårdnadshavare 1:			
Namn:			
Tel nr:		☐	Önskas tolk? Språk:

Vårdnadshavare 2:			
Namn:			
Tel nr:		☐	Önskas tolk? Språk:

☐	Gemensam vårdnad	☐	Enskild vårdnad
-----------------------	------------------	-----------------------	-----------------

<i>För att kunna bedöma barnets tillväxt behöver vi följande uppgift:</i>	
Biologiska moderns längd:	Biologiska faderns längd:

Har föräldrar/syskon behandlats med operation eller korsett på grund av skolios (sned rygg) ?	Ja	Nej
---	----	-----

Har ditt barn genomgått kvinnlig könsstympning?	Ja	Nej
---	----	-----

Har ert barn:

	Nej	Ja
Synnedläggelse/ glasögon	☐	☐
Hörselnedläggelse	☐	☐
Läs- och/eller skrivsvårigheter	☐	☐
Besvärande huvudvärk/ annan värk i kroppen	☐	☐
Besvärande acne	☐	☐
Mag-eller tarmbesvär, t.ex. smärta, diarré, förstoppning	☐	☐
Urinbesvär, t.ex. smärta, svårt att kissa, kissar på sig	☐	☐
För flickor: Besvär i samband med menstruation, t.ex. smärta, kraftig blödning	☐	☐
Svårt med kost/matsituation	☐	☐
Oro/ängslan/nedstämdhet	☐	☐
Svårt med kamratrelationer	☐	☐
Koncentrationssvårigheter	☐	☐
Sömnsvårigheter	☐	☐
Födoämnesallergi, om ja, fyll i ansökan om specialkost	☐	☐
Någon allergi/uttalade eksem/sjukdom/funktionsnedläggelse	☐	☐
Om ja, vad?		
Regelbunden sjukvårdskontakt	☐	☐
Om ja, var?		
Regelbunden läkemedelsbehandling	☐	☐
Behov av läkemedel under skoltid	☐	☐
Om ja, vilket läkemedel?		
Är det något annat du vill informera om som du tror kan ha betydelse för ditt barns välmående och skolgång, till exempel ändrade hemförhållanden, sjukdom i familjen?		

Hälsodeklarationen ifylld av

Namn:	Namnförtydligande
Datum:	

Lämnas till skolsköterskan snarast i slutet kuvert/