# Hälsouppgift nyinflyttade elever

## Till vårdnadshavare

Vänligen fyll i nedanstående uppgifter för att vi ska kunna stödja ditt barns behov. Uppgifterna i dokumentet ligger till grund för hälsobesöket hos skolsköterskan och hanteras enligt de sekretessbestämmelser som gäller för hälso**-** och sjukvårdspersonal.   
**Du som vårdnadshavare ansvarar för att informera skolpersonalen om ditt barns hälsotillstånd.**

## Elevens personuppgifter

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Förnamn | Efternamn | Personnummer | Klass |
| Gatuadress | | Hemtelefon | |
| Postnummer och postort | | Mobiltelefon | |
| Födelseland (om ej Sverige) | | Tidpunkt för ankomst till Sverige | |
| Bor tillsammans med | | | |
| Vårdnadshavare har □ gemensam vårdnad □ enskild vårdnad | | | |

## Vårdnadshavares personuppgifter

|  |  |
| --- | --- |
| Vårdnadshavares namn | Språk (om ej svenska) |
| Gatuadress | Hemtelefon |
| Postnummer och postort | Telefon arbete |
| E-postadress | Mobiltelefon |
| Vårdnadshavares namn | Språk (om ej svenska) |
| Gatuadress | Hemtelefon |
| Postnummer och postort | Telefon arbete |
| E-postadress | Mobiltelefon |

## Uppgifter om kontaktpersoner

|  |  |
| --- | --- |
| Kontaktperson (släkting, granne, annan) namn och telefonnummer | Kontaktperson (släkting, granne, annan) namn och telefonnummer |

## Barnhälsovård

|  |
| --- |
| Barnavårdscentral som barnet senast tillhört, adress och telefonnummer |

|  |
| --- |
| **Hälsa**  1. Har ditt barn haft några sjukdomar eller råkat ut för någon allvarlig skada?.............................. JA □ NEJ □  Om ja, vad………………………………………………………………………………………………………............  2. Kontrolleras ditt barn av någon läkare regelbundet?................................................................... JA □ NEJ □  Om ja, för vad och var?.............................................................................................................................................  3. Är ditt barn allergiskt mot något?..................................................................................................... JA □ NEJ □  Om ja, mot vad? ……………………………..............Hur reagerar ditt barn?..........................................................  4. Har ditt barn några övriga hälsobesvär?.......................................................................................... JA □ NEJ □  Om ja, beskriv……………………………………………………………………………………………………….. |
| **Skola**  5. Har ditt barn svårigheter med koncentration eller inlärning? ………………………. ………… JA□ NEJ□  6. Hur trivs ditt barn i den nya skolan? Inte alls □ Mindre bra □ Bra □ Mycket bra □  7. Hur trivs ditt barn med kamraterna? Inte alls □ Mindre bra □ Bra □ Mycket bra □ |
| **Vaccinationer**  8. Har ditt barn mottagit alla vaccinationer enligt allmänna vaccinationsprogrammet?................ JA□ NEJ□  om nej, eller om osäkerhet, vänligen medtag vaccinationskortet från BVC till hälsobesöket.  9. För att kunna bedöma barnets tillväxtdiagram behöver vi följande uppgifter:  Biologiska moderns längd.................cm  Biologiska faderns längd.................cm  10. Är det något speciellt du vill att elevhälsan skall veta/följa upp?   ....................................................................................................................................................................................  …………………………………………………………………………………………………………………….  …………………………………………………………………………………………………………………….. |

Samtycke till att kallelse/påminnelse får ske via SMS Ja □ Nej □

## Datum och underskrift

|  |
| --- |
| Datum och vårdnadshavarens/vårdnadshavarnas namnteckning |