Hälsouppgift nyanländ elev

**Elevens personuppgifter**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Förnamn | Efternamn | Personnummer |
| Gatuadress | | Hemtelefon |
| Postnummer och postort | | Mobiltelefon |
| Födelseland | | Vilket år kom ni till Sverige |
| Barnet bor tillsammans med/annat boende | | Vårdnadshavarna har  □ gemensam vårdnad □ enskild vårdnad |
| Önskar du tolk vid ett eventuellt skolläkarbesök?  JA □ NEJ □ | | Om ja, vilket språk? |

**Vårdnadshavares personuppgifter**

|  |  |
| --- | --- |
| Vårdnadshavare / God man | |
| Språk | Telefon |
| Mejladress |  |
| Vårdnadshavares namn | |
| Språk | Telefon |
| Mejladress |  |

|  |
| --- |
| **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. Tar ditt barn någon medicin regelbundet? JA □ NEJ □  4. Har ditt barn någon syn- eller hörselnedsättning? JA □ NEJ □  5. Är ditt barn allergiskt mot något? JA □ NEJ □  Om ja, mot vad? ……………………………..............Hur reagerar ditt barn?................................................................  6. Har ditt barn några övriga hälsobesvär? JA □ NEJ □    Om ja, beskriv…………………………………………………………………………………………………………...........  7. Om du har en son, finns testiklarna i pungen? JA □ NEJ □ |
| **Hälsoundersökning och vaccinationer**  8. Har ditt barn varit på hälsoundersökning på Cosmos eller någon annan flyktingmottagning eller vårdcentral?  JA□ NEJ□  Om ja, vad hette mottagningen?......................................................................................................................................  I vilken stad/ort var det?...................................................................................................................................................  9. Togs det några blodprover vid hälsoundersökningen? JA □ NEJ □  10. Har ditt barn fått vaccinationer under åldern 0-6 år? JA □ NEJ □  11. Har ditt barn fått vaccination mot sjukdomen tuberkulos? JA □ NEJ □  (har då ett ärr högt upp på vänster arm)  12. Har ditt barn fått några vaccinationer i Sverige? JA □ NEJ □  13. Finns det skriftliga vaccinationsdokument? JA □ NEJ □  14. Är det något speciellt du vill att elevhälsan ska veta? ................................................................................................  …………………………………………………………………………………………………………………..........................  …………………………………………………………………………………………………………………………...............  ……………………………………………………………………………………………………………………………........... |

För att kunna bedöma barnets tillväxtdiagram behövs följande uppgifter:

Moderns längd, cm\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Faderns längd, cm\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Datum och underskrift**

|  |
| --- |
| Datum och vårdnadshavares namnteckning |