**Hälsouppgift Förskoleklass**

Till förälder och vårdnadshavare:

Lämna denna hälsouppgift i ett slutet kuvert till läraren för vidare befordran till skolhälsan.

**Skolsköterskan och skolläkaren har tystnadsplikt.**

|  |  |
| --- | --- |
| Elevens namn (tilltalsnamn understruket) | Personnummer |
| Adress | Postnummer och ort |
| Födelseland (om annat än Sverige) |  |
| Moderns namn | Personnummer |
| Adress (om annat än elevens) | Postnummer och ort |
| Mail | Mobiltelefon |
| Faderns namn | Personnummer |
| Adress (om annan än elevens) | Postnummer och ort |
| Mail | Mobiltelefon |
| Syskon (förnamn och födelseår) |  |
| **Eleven bor hos:**  Båda föräldrarna: Gemensam vårdnad: Ja  Modern: Nej  Fadern:  Växelboende: | |
| Namn och adress BVC: | |

**Kryssa för om ditt barn har:**

Synfel Huvudvärk ofta

Återkommande öroninflammationer Magont ofta

Hörselnedsättning Sömnsvårigheter

Återkommande halsinflammationer Oro och ängslan

Återkommande urinvägsinfektioner Diabetes

Svårigheter att hålla urin Krampsjukdom

Svårigheter att hålla avföring

Astma Annan sjukdom/funktionsnedsättning

Allergiska ögon-näsbesvär - i så fall vad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Behov av specialkost \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Övervikt/övervikt i familjen/släkten Annan överkänslighet

Läs- och skrivsvårigheter i familjen - i så fall vad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Talfel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Använder ditt barn någon medicin? I så fall namn på medicin:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Äter ditt barn frukost? Ja Nej

Hur har ditt barns grovmotoriska utveckling varit? tidig eller genomsnittligt

(t ex att lära sig springa, klättra, hoppa på ett ben) något sen

mycket sen

Hur har ditt barns finmotoriska utveckling varit? tidig eller genomsnittlig

(t ex med att lära sig rita, knäppa knappar, klippa)  något sen

 mycket sen

Hur har ditt barns språkutveckling varit?  tidig eller genomsnittlig

 något sen

 mycket sen

Har ditt barn svårt att koncentrera sig?  nej

 ja, ibland

 ja, ofta

Hur är ditt barns självförtroende?  gott

 lite osäker inför nya situationer

 mycket osäker inför nya situationer

Hur är ditt barns humör?  lätt att komma överens

 protesterar då och då

 ständiga protester

**För pojkar:**

Har din son båda kulorna/testiklarna i pungen?  ja  nej  Vet ej

Har din son problem med sveda/svullnad/svar eller spridd stråle när han kissar?

 ja  nej  Vet ej

Om Ja, förklara på vilket sätt:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Har du några synpunkter på skolsituationen som du tycker skolhälsan bör känna till?

(t ex trivsel i klassen, skolidrotten, skolmåltiderna eller annat)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Är det något annat du själv tror har betydelse för ditt barns skolstart?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Önskar du/ni utifrån ditt barns hälsosituation boka tid till skolläkaren?

 ja  nej

Datum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vårdnadshavares underskrift:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vårdnadshavares underskrift:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_