

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. Skolsköterska/ skolläkare kan, om behov finns, använda Nationell patientöversikt (NPÖ) för att inhämta journaluppgifter från en annan klinik (Sammanhållen journalföring). 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

Anna Borg, skolsköterska: mejl: anna.borg@nyamunken.se

Elevuppgifter

Elevens namn	Personnummer
Mobil nr	Klass

Vårdnadshavare 1:			
Namn:			
Tel nr:		<input type="radio"/>	Önskas tolk? Språk:

Vårdnadshavare 2:			
Namn:			
Tel nr:		<input type="radio"/>	Önskas tolk? Språk:

<input type="radio"/>	Gemensam vårdnad	<input type="radio"/>	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 könsstymning?	Ja	Nej
--	----	-----

Har ert barn:	Nej	Ja
Synnedläggning/ glasögon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hörselnedläggning	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Läs- och/eller skrivsvårigheter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Besvärande huvudvärk/ annan värk i kroppen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Besvärande acne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mag-eller tarmbesvär, t.ex. smärta, diarré, förstoppning	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Urinbesvär, t.ex. smärta, svårt att kissa, kissar på sig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>För flickor: Besvär i samband med menstruation, t.ex. smärta, kraftig blödning</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Svårt med kost/matsituation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oro/ängslan/nedstämdhet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Svårt med kamratrelationer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koncentrationssvårigheter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sömnsvårigheter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Födoämnesallergi, om ja, fyll i ansökan om specialkost	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Någon allergi/uttalade eksem/sjukdom/funktionsnedläggning	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Om ja, vad?		
Regelbunden sjukvårdskontakt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Om ja, var?		
Regelbunden läkemedelsbehandling	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Behov av läkemedel under skoltid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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/