

# Hälsouppgift

Namn:	Personnummer:
Adress:	Postnr, postort
Mobilnummer:	E-mail:
Födelseland (om annat än Sverige)	Modersmål:

Vem ska vi kontakta vid akut sjukdom?

Namn: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Vem/vilka bor du med: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Kryssa för om du upplever problem/svårigheter med något av nedanstående:

Syn		Sömn		Krampsjukdom ex epilepsi	
Hörsel		Huvudvärk		Allergi	
Tal/ språk		Magbesvär		Astma	
Läsa/skriva		Ångest		Eksem	
Koncentration		Oro/stress		Diabetes	
		Nedstämdhet/ledsen		Hepatit	
				Tuberkulos	

Om du har någon allergi, ange vad du är allergisk mot: .....

Har du någon akutmedicin mot din allergi?  
 Nej     Ja: vilken medicin? .....

Går du på kontroll hos sjukvården?  
 Nej     Ja: För vad? .....

Tar du någon medicin regelbundet?  
 Nej     Ja: Vilken medicin? .....

Finns det ärftlighet för läs- och skrivsvårigheter i familjen?  Nej     Ja

Elevens namn:..... Personnummer:.....

Har du fått stöd/ anpassningar för din inläring på grundskolan?

Nej     Ja: För vad?.....

.....

Finns det något annat som du vill meddela din skolsköterska eller skolläkare?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

---

Datum, ort

Elev

Lämnas ifylld till skolsköterskan på din skola