

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