

Hälsouppgifter – grundskola

* Obligatoriska fält

0 Introduktion

0.1 Genom att jag klickar "Slutför" i sista steget av denna e-tjänst, eller skriver ut och skickar in underskriven pappersblankett, är jag medveten om att de personuppgifter jag angett kommer behandlas av Lidingö stad för handläggning av detta ärende. Läs mer på www.lidingo.se/gdpr om hur Lidingö stad hanterar personuppgifter.*

Ja

1 Personuppgifter

1.1 Vilken årskurs gäller undersökningen?*(Du kan endast välja ett alternativ)

Förskoleklass

Årskurs 4

Årskurs 8

1.2

Ange elevens personuppgifter

1.3 Skola* (Du kan endast välja ett alternativ)

Albatross Montessoriskola F-6

Bo skola F-3

Bodals skola F-9

Högsätra skola F-9

I Ur och Skur Utsikten F-6

Klockargårdens skola F-3

Källängens skola 4-9

Käppala skola F-9

Lidingö särskola

Ljungbackens skola F-4

Rudboda Skola F-6

Skärsätra skola F-6

Sticklinge skola F-6

Torsviks skola F-9

1.4 Klass*

1.5 Personnummer*

1.6 Förnamn*

1.7 Efternamn*

1.8 Vårdnad om barnet* (Du kan endast välja ett alternativ)

Ensam vårdnad

Gemensam vårdnad

1.9

Vårdnadshavare 1

1.10 Förnamn*

1.11 Efternamn*

1.12 E-postadress*

1.13 Telefonnummer*

2 Vårdnadshavare 2

2.1 Förnamn*

2.2 Efternamn*

2.3 E-postadress*

2.4 Telefonnummer*

3 Information

3.1

Boende

3.2 Om vårdnadshavare inte bor tillsammans bor eleven med: (Du kan endast välja ett alternativ)

Vårdnadshavare 1

Vårdnadshavare 2

Växelvis boende

Annan

3.3 Om "Annan" ange vem:

3.4

Språk och födelse land

3.5 Vilket/vilka språk talas i hemmet?*

3.6 Vilket är elevens födelse land?*

3.7 Vilket år flyttade eleven till Sverige?

3.8 Var är vårdnadshavare 1 född?*

3.9 Var är vårdnadshavare 2 född?

3.10

Längd

3.11 Längd vårdnadshavare 1 [cm]

3.12 Längd vårdnadshavare 2 [cm]

3.13

Syskon

3.14

1. Namn

2. Namn

1. Födelseår

2. Födelseår



| | |
|--------------|--------------|
| | |
| 3. Namn | 4. Namn |
| 3. Födelseår | 4. Födelseår |

4 Hälsouppgifter årskurs 4/årskurs 8

| |
|--|
| 4.1 Går eleven på kontroll eller behandling hos läkare, psykolog, sjukgymnast, optiker eller annan?* (Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja |
| 4.2 Om "Ja" ange för vad |
| 4.3 Om "Ja" ange hos vem |
| 4.4 Tar eleven medicin regelbundet?* (Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja |
| 4.5 Om "Ja" ange för vad |
| 4.6 Om "Ja" vilken |
| 4.7 Om "Ja" ange dos |
| 4.8 Har eleven vårdats på sjukhus?* (Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja |
| 4.9 Om "Ja" ange var |
| 4.10 Om "Ja" ange för vad |
| 4.11 Kryssa för om eleven har besvär med: <input type="checkbox"/> Astma <input type="checkbox"/> Huvudvärk <input type="checkbox"/> Hörselnedsättning <input type="checkbox"/> Eksem <input type="checkbox"/> Magbesvär <input type="checkbox"/> Besvärande trötthet <input type="checkbox"/> Läkarkonstaterad allergi <input type="checkbox"/> Koncentrationssvårigheter |
| 4.12 Trivs eleven i skolan? (Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| 4.13 Får eleven den hjälp den behöver av lärarna? (Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej |
| 4.14 Övriga frågor |

5 Hälsouppgifter förskoleklass

| |
|---|
| 5.1 Har eleven astma, allergi, eksem eller annan överkänslighet?* (Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja |
| 5.2 Om ja, ange vad |
| 5.3 Har eleven besvär från mage, tarm eller urinvägar?* (Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja |
| 5.4 Om ja, ange vad |
| 5.5 Har eleven någon ögonsjukdom, synnedsättning eller glasögon?* (Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja |
| 5.6 Om ja, ange vad |
| 5.7 Har eleven någon öronsjukdom, hörselnedsättning eller tinnitus?* (Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja |
| 5.8 Om ja, ange vad |
| 5.9 Har eleven problem med mun, tandhälsa eller tandgnissling?* (Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja |
| 5.10 Om ja, ange vad |
| 5.11 Har eleven varit med om allvarligt olycksfall eller har eleven andra sjukdomar eller besvär?* (Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja |
| 5.12 Om ja, ange vad |
| 5.13 Finns skolios eller sned rygg i släkten?* (Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja |
| 5.14 Om ja, ange vad |
| 5.15 Har eleven läkarkontakt och medicinerar regelbundet?* (Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja |
| 5.16 Om ja, ange vad |
| 5.17 Har eleven varit med om en viktig livsomställning eller händelse?* (Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja |
| 5.18 Om ja, ange vad |
| 5.19 Har eleven koncentrationssvårigheter?* (Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja |
| 5.20 Har vårdnadshavare haft kontakt med psykolog eller BUP angående eleven?* (Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja |
| 5.21 Om ja ange hos vem och var |
| 5.22 Har eleven varit i kontakt med logoped?* (Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja |
| 5.23 Om ja, ange vad |



5.24 Finns testiklarna i pungen? (Du kan endast välja ett alternativ)

Nej

Ja

5.25 Övriga kommentarer kring elevens utveckling, sjukdomar, medicinering, olycksfall och livshändelser

Sökandes underskrift

Ort och datum

Underskrift

Anvisningar för blankett

Introduktion

Vid skolstarta, i årskurs 4 och i årskurs 8 erbjuds eleverna en hälsoundersökning hos skolhälsovården. Fyll i e-formuläret så noga som möjligt så vi kan lära känna och hjälpa ditt barn på bästa sätt.

Endast skolsköterskan och skolläkaren har tillgång till de uppgifter du lämnar och de har lagstadgad tystnadsplikt.

Väljer du att skriva ut och fylla i e-formuläret för hand lämnar du formuläret till ansvarig skolsköterska på ditt barns skola.

Anvisningar för fält

0.1 Genom att jag klickar "Slutför" i sista steget av denna e-tjänst, eller skriver ut och skickar in underskriven pappersblankett, är jag medveten om att de personuppgifter jag angett kommer behandlas av Lidingö stad för handläggning av detta ärende. Läs mer på www.lidingo.se/gdpr om hur Lidingö stad hanterar personuppgifter.

Beskrivning

Ja

1 Personuppgifter

Anvisningar för fält

1.1 Vilken årskurs gäller undersökningen?

Beskrivning

Förskoleklass

Årskurs 4

Årskurs 8



1.3 Skola

Beskrivning

Albatross Montessoriskola F-6

Bo skola F-3

Bodals skola F-9

Högsätra skola F-9

I Ur och Skur Utsikten F-6

Klockargårdens skola F-3

Källängens skola 4-9

Käppala skola F-9

Lidingö särskola

Ljungbackens skola F-4

Rudboda Skola F-6

Skärsätra skola F-6

Sticklinge skola F-6

Torsviks skola F-9

1.8 Vårdnad om barnet

Beskrivning

Ensam vårdnad

Gemensam vårdnad

1.10 Förnamn

Beskrivning

Ensam vårdnad



2 Vårdnadshavare 2

3 Information

3.2 Om vårdnadshavare inte bor tillsammans bor eleven med:

Beskrivning

Vårdnadshavare 1

Vårdnadshavare 2

Växelvis boende

Annan

4 Hälsouppgifter årskurs 4/årskurs 8

Anvisningar för fält

4.1 Går eleven på kontroll eller behandling hos läkare, psykolog, sjukgymnast, optiker eller annan?

Beskrivning

Nej

Ja

4.4 Tar eleven medicin regelbundet?

Beskrivning

Nej

Ja

4.8 Har eleven vårdats på sjukhus?

Beskrivning

Nej

Ja



4.11 Kryssa för om eleven har besvär med: Beskrivning

Astma

Huvudvärk

Hörselnedsättning

Eksem

Magbesvär

Besvärande trötthet

Läkarkonstaterad allergi

Koncentrationssvårigheter

4.12 Trivs eleven i skolan? Beskrivning

Ja

Nej

4.13 Får eleven den hjälp den behöver av lärarna? Beskrivning

Ja

Nej

5 Hälsouppgifter förskoleklass

Anvisningar för fält

5.1 Har eleven astma, allergi, eksem eller annan överkänslighet? Beskrivning



Nej

Ja

5.3 Har eleven besvär från mage, tarm eller urinvägar?

Beskrivning

Nej

Ja

5.5 Har eleven någon ögonsjukdom, synnedsättning eller glasögon?

Beskrivning

Nej

Ja

5.7 Har eleven någon öronsjukdom, hörselnedsättning eller tinnitus?

Beskrivning

Nej

Ja

5.9 Har eleven problem med mun, tandhälsa eller tandgnissling?

Beskrivning

Nej

Ja

5.11 Har eleven varit med om allvarligt olycksfall eller har eleven andra sjukdomar eller besvär?

Beskrivning

Nej

Ja

5.13 Finns skolios eller sned rygg i släkten?

Beskrivning



Nej

Ja

**5.15 Har eleven läkarkontakt och
medicinerar regelbundet?**

Beskrivning

Nej

Ja

**5.17 Har eleven varit med om en viktig
livsomställning eller händelse?**

Beskrivning

Nej

Ja

**5.19 Har eleven
koncentrationssvårigheter?**

Beskrivning

Nej

Ja

**5.20 Har vårdnadshavare haft kontakt
med psykolog eller BUP angående
eleven?**

Beskrivning

Nej

Ja

**5.22 Har eleven varit i kontakt med
logoped?**

Beskrivning

Nej

Ja

5.24 Finns testiklarna i pungen?

Beskrivning



Nej

Ja

6 Sammanfattningssida

7 Tacksida