

Hälsouppgifter inför gymnasiestart

* 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

Ange elevens personuppgifter

1.2 Personnummer*

1.3 Förnamn*

1.4 Efternamn*

1.5 Telefonnummer

1.6 Tidigare skola*

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

Ensam vårdnad

Gemensam vårdnad

1.8

Vårdnadshavare 1

1.9 Förnamn*

1.10 Efternamn*

1.11 Telefonnummer*

1.12 E-postadress*



2 Vårdnadshavare 2

2.1 Förnamn*

2.2 Efternamn*

2.3 E-postadress*

2.4 Telefonnummer*

3 Information

3.1 Mår eleven bra i allmänhet?* (Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
3.2 Kommentarer
3.3 Går eleven på regelbundna kontroller hos någon läkare, sjukgymnast, psykolog eller annan vårdgivare?* (Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
3.4 Om "Ja" ange varför
3.5 Tar eleven medicin regelbundet?* (Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
3.6 Om "Ja" ange vad
3.7 Finns det någon i familjekretsen som har haft tuberkulos?* (Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
3.8 Kommentarer

4 Hälsoinformation

4.1 Nedsatt syn* (Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
4.2 Nedsatt hörsel* (Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
4.3 Läkarkonstaterad allergi* (Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
4.4 Läkarkonstaterad astma* (Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
4.5 Besvärande huvudvärk* (Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
4.6 Magbesvär* (Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
4.7 Återkommande infektioner* (Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
4.8 Sömnsvårigheter* (Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
4.9 Koncentrationssvårigheter* (Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej



4.10 Inlärningssvårigheter* (Du kan endast välja ett alternativ)

Ja

Nej

4.11

Övriga upplysningar

4.12 Har du ytterligare upplysningar om elevens hälsa eller familjesituation?

Sökandes underskrift

Ort och datum

Underskrift



Anvisningar för blankett

Introduktion

I samband med att eleven börjar gymnasiet ber vi dig fylla i detta e-formulär så noga som möjligt. Syftet är att informera skolhälsovården om eleven har något funktionshinder eller problem med hälsan, alternativt andra svårigheter som kan påverka skolgången och vara av betydelse för den kommande skolsituationen.

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

1.7 Vårdnad om barnet

Beskrivning

Ensam vårdnad

Gemensam vårdnad

2 Vårdnadshavare 2

3 Information

Anvisningar för fält

3.1 Mår eleven bra i allmänhet?

Beskrivning

Ja



Nej

3.3 Går eleven på regelbundna kontroller hos någon läkare, sjukgymnast, psykolog eller annan vårdgivare? **Beskrivning**

Ja

Nej

3.5 Tar eleven medicin regelbundet? **Beskrivning**

Ja

Nej

3.7 Finns det någon i familjekretsen som har haft tuberkulos? **Beskrivning**

Ja

Nej

4 Hälsoinformation

Besvärar eleven av något av nedanstående?

Anvisningar för fält

4.1 Nedsatt syn **Beskrivning**

Ja

Nej

4.2 Nedsatt hörsel **Beskrivning**

Ja



Nej

4.3 Läkarkonstaterad allergi

Beskrivning

Ja

Nej

4.4 Läkarkonstaterad astma

Beskrivning

Ja

Nej

4.5 Besvärande huvudvärk

Beskrivning

Ja

Nej

4.6 Magbesvär

Beskrivning

Ja

Nej

4.7 Återkommande infektioner

Beskrivning

Ja

Nej

4.8 Sömnsvårigheter

Beskrivning

Ja

Nej

4.9 Koncentrationssvårigheter

Beskrivning



Ja

Nej

4.10 Inlärningsvårigheter

Beskrivning

Ja

Nej

5 Sammanfattningssida

6 Tacksida