



## Hälsouppgifter inför gymnasiestart

\* Obligatoriska fält

### 0 Introduktion

0.1 PUL\*

Jag godkänner att mina uppgifter kommer att behandlas i  
enlighet med reglerna i personuppgiftslagen

### 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 PUL

#### Beskrivning

Jag godkänner att mina uppgifter kommer att behandlas i enlighet med reglerna i personuppgiftslagen

### 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**