



## Hälsouppgifter – gymnasiestart

\* Obligatoriska fält

### 0 Introduktion

0.1

### 1 Vårdnadshavare

1.1 Personnummer
1.2 Förnamn
1.3 Efternamn
1.4 E-post
1.5 Vilken elev gäller dessa hälsouppgifter?* (Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> a



## 2 Elev

2.1 Personnummer
2.2 Förnamn
2.3 Efternamn
2.4 Skola* (Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> Hersby gymnasium <input type="checkbox"/> Stillerska gymnasiet
2.5 Klass*
2.6 Tidigare skola?* (Du kan endast välja ett alternativ) <input type="checkbox"/> Kommunal grundskola på Lidingö <input type="checkbox"/> Annan
2.7 Vilken skola?

2.8



## 3 Samtycke - rekvirera elevjournal

3.1 Elev:

3.2 Vårdnadshavare:

3.3 Jag som vårdnadshavare samtycker till att skolsköterska på Hersby gymnasium får rekvirera journal från tidigare skola i och med att jag signerar denna e-tjänst med Mobilt BankID.\* (Du kan endast välja ett alternativ)

Ja

Nej

3.4 Skolans kontaktuppgifter

3.5

3.6

## 4 Information - Boende

4.1

### Boende

4.2 Om eleven har två vårdnadshavare: är ni sammanboende? (Du kan endast välja ett alternativ)

Ja

Nej

4.3 Vem bor eleven med? (Du kan endast välja ett alternativ)

Vårdnadshavare 1 (du)

Vårdnadshavare 2

Växelvis boende

Annan



4.4 Om "Annan" ange vem:

## 5 Hälsouppgifter - Gymnasiestart

5.1 Mår er dotter/son i allmänhet bra?\* (Du kan endast välja ett alternativ)

Ja

Nej

5.2 Kommentrar

5.3 Går er dotter/son på regelbundna kontroller hos någon läkare/sjukgymnast/psykolog eller annan vårdgivare?\* (Du kan endast välja ett alternativ)

Nej

Ja

5.4 Varför?

5.5 Regelbunden medicinering?\* (Du kan endast välja ett alternativ)

Nej

Ja

5.6 Vad?

5.7 Finns det någon i familjekretsen som har haft eller har tuberkulos?\* (Du kan endast välja ett alternativ)

Nej

Ja

5.8 Kommentrar

5.9 Syn?\* (Du kan endast välja ett alternativ)

Nej

Ja

5.10 Hörsel?\* (Du kan endast välja ett alternativ)

Nej

Ja

5.11 Läkarkonstaterad allergi? \* (Du kan endast välja ett alternativ)

Nej

Ja

5.12 Läkarkonstaterad astma?\* (Du kan endast välja ett alternativ)

Nej

Ja

5.13 Besvärande huvudvärk?\* (Du kan endast välja ett alternativ)

Nej

Ja

5.14 Magbesvär?\* (Du kan endast välja ett alternativ)

Nej

Ja

5.15 Ofta infektioner?\* (Du kan endast välja ett alternativ)

Nej

Ja

5.16 Sömnsvårigheter?\* (Du kan endast välja ett alternativ)

Nej

Ja

5.17 Koncentrationssvårigheter?\* (Du kan endast välja ett alternativ)

Nej

Ja

5.18 Inlärningssvårigheter?\* (Du kan endast välja ett alternativ)

Nej

Ja

5.19 Har eleven varit med om allvarligt olycksfall eller har eleven andra sjukdomar eller besvär?\* (Du kan endast välja ett alternativ)

Nej

Ja

5.20 Ange vad

5.21 Har eleven varit i kontakt med logoped?\* (Du kan endast välja ett alternativ)



Nej

Ja

5.22 Får vi dela tidigare gjorda logopedutredningar med berörd personal? (Du kan endast välja ett alternativ)

Ja

Nej

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

## Sökandes underskrift

---

Ort och datum

---

Underskrift



## Anvisningar för blankett

### Introduktion

I samband med att eleven börjar gymnasiet ber vi er fylla i denna e-tjänst så noga som är möjligt. Skolhälsovården behöver få information om er dotter/son har något funktionshinder eller problem med hälsan, alternativt andra svårigheter som kan påverka skolgången och vara av betydelse för den kommande skolsituationen.

Endast skolsköterskan och kolläkaren 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.

### Sekretesskyddade personuppgifter eller saknar svenskt personnummer

Om barnet eller vårdnadshavare har sekretesskyddade personuppgifter kan du inte använda denna e-tjänst. Du ansöker i stället på [blankett](#).

### Hantering av personuppgifter

Du kan kontakta Lidingö stad för att få information om vilka av dina personuppgifter staden behandlar. Det gör du genom att använda e-tjänsten "[Begäran om registerutdrag](#)". Du kan begära rättelse, överföring, radering eller begränsning av dina personuppgifter genom att skicka e-post till [dataskydd@lidingo.se](mailto:dataskydd@lidingo.se).

Om du tycker att Lidingö stad behandlar dina personuppgifter på ett felaktigt sätt kan du lämna klagomål till [Datainspektionen](#) som är tillsynsmyndighet för stadens hantering av personuppgifter.

## 1 Vårdnadshavare

### 1.5 Vilken elev gäller dessa hälsouppgifter?

#### Beskrivning

a

## 2 Elev

### 2.4 Skola

#### Beskrivning

Hersby gymnasium

Stillerska gymnasiet

### 2.6 Tidigare skola?

#### Beskrivning

Kommunal grundskola på Lidingö



## 3 Samtycke - rekvirera elevjournal

**3.3 Jag som vårdnadshavare samtycker till att skolsköterska på Hersby gymnasium får rekvirera journal från tidigare skola i och med att jag signerar denna e-tjänst med Mobilt BankID.** **Beskrivning**

Ja

Nej

## 4 Information - Boende

**4.2 Om eleven har två vårdnadshavare: är ni sammanboende?** **Beskrivning**

Ja

Nej

**4.3 Vem bor eleven med?** **Beskrivning**

Vårdnadshavare 1 (du)

Vårdnadshavare 2

Växelvis boende

Annan

## 5 Hälsouppgifter - Gymnasiestart

### Anvisningar för fält

**5.1 Mår er dotter/son i allmänhet bra?** **Beskrivning**

Ja



Nej

**5.3 Går er dotter/son på regelbundna kontroller hos någon läkare/sjukgymnast/psykolog eller annan vårdgivare?**

**Beskrivning**

Nej

Ja

**5.5 Regelbunden medicinering?**

**Beskrivning**

Nej

Ja

**5.7 Finns det någon i familjekretsen som har haft eller har tuberkulos?**

**Beskrivning**

Nej

Ja

**5.9 Syn?**

**Beskrivning**

Nej

Ja

**5.10 Hörsel?**

**Beskrivning**

Nej

Ja

**5.11 Läkarkonstaterad allergi?**

**Beskrivning**

Nej

Ja





**5.12 Läkarkonstaterad astma?**

**Beskrivning**

Nej

Ja

**5.13 Besvärande huvudvärk?**

**Beskrivning**

Nej

Ja

**5.14 Magbesvär?**

**Beskrivning**

Nej

Ja

**5.15 Ofta infektioner?**

**Beskrivning**

Nej

Ja

**5.16 Sömnsvårigheter?**

**Beskrivning**

Nej

Ja

**5.17 Koncentrationssvårigheter?**

**Beskrivning**

Nej

Ja

**5.18 Inlärningssvårigheter?**

**Beskrivning**



Nej

Ja

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

**Beskrivning**

Nej

Ja

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

**Beskrivning**

Nej

Ja

**5.22 Får vi dela tidigare gjorda logopedutredningar med berörd personal?**

**Beskrivning**

Ja

Nej

**6 Sammanfattningssida**

**7 Signeringssida**

**8 Tacksida**