



Till vårdnadshavare

Vi ber er att fylla i detta formulär och skicka undertecknad blankett till respektive skola märkt "skolsköterska". Uppgifterna om barnets hälsa är värdefulla för att rätt bedöma barnets behov. Uppgifterna är sekretessbelagda och endast skolsköterska och skolläkare har tillgång till dem.

Rev 200317

Hälsouppgift förskoleklass Skolhälsovården – elevhälsans medicinska insats

Uppgifter om barnet

Förnamn	Efternamn	Personnummer (ÅÅMMDD-XXXX)
Skola	Klass	
Födelseland/språk		
Barnhälsovård som barnet tillhört		
Syskons namn och födelseår		

Kontaktuppgifter

<input type="checkbox"/> Vårdnadshavare 1	<input type="checkbox"/> Särskilt förordnad vårdnadshavare	<input type="checkbox"/> Familjehem	<input type="checkbox"/> God man
Förnamn	Efternamn	Personnummer (ÅÅMMDD-XXXX)	
E-postadress		Mobilnummer	
Födelseland/språk			
<input type="checkbox"/> Vårdnadshavare 2	<input type="checkbox"/> Särskilt förordnad vårdnadshavare	<input type="checkbox"/> Familjehem	<input type="checkbox"/> God man
Förnamn	Efternamn	Personnummer (ÅÅMMDD-XXXX)	
E-postadress		Mobilnummer	
Födelseland/språk			
<input type="checkbox"/> Gemensam vårdnad	<input type="checkbox"/> Enskild vårdnad	<input type="checkbox"/> Annat	
Barnet bor hos:			
<input type="checkbox"/> Sammanboende vårdnadshavare			
<input type="checkbox"/> Vårdnadshavare 1	<input type="checkbox"/> Alltid eller när?		
<input type="checkbox"/> Vårdnadshavare 2	<input type="checkbox"/> Alltid eller när?		
<input type="checkbox"/> Annat boende			

Hur mår barnet enligt er? Markera med ett kryss mellan 1-10 på skalan

Dåligt 1 10 Mycket bra

Anser ni för närvarande att barnet är friskt? Ja Nej – Kommentera

Har barnet någon sjukdom/diagnos? Nej Ja, vilken?

Kontrolleras barnet av läkare eller annan vårdgivare?

Nej

Ja, vem och var

Medicinerar barnet regelbundet

Nej

Ja, ange för vad och vilken medicin

VGV

Karlshamns kommun • Utbildningsförvaltningen

Rådhuset • 374 81 Karlshamn • Tel +46 454-810 00

E-post: utbildningsnamnden@karlshamn.se • Hemsida: <http://www.karlshamn.se>

Personnummer (ÅÅMMDD-XXXX)

Övrig information

Frågor om barnets hälsotillstånd. Har barnet.....? Sätt X och eventuellt kommentera

	Nej	Ja	Kommentar
Astma			
Allergi			
Hudbesvär/eksem			
Diabetes			
Krampsjukdom			
Huvudvärk			
Synnedsättning			
Hörselnedsättning			
Mag-/tarmbesvär			
Behöver specialkost i skolan			
Kissar på sig			
<input type="checkbox"/> Dag			
<input type="checkbox"/> Natt			

Hur upplever ni barnets förmåga gällande.....? Sätt X och eventuellt kommentera

	Bra	Svårighet	Kommentar
Samspel med vuxna/barn			
Koncentration			
Inläring			
Tal/språk			
Finmotorik			
Grovmotorik			
Normalt=inget anmärkningsvärt	Normalt	Svårighet	
Oro, ängslan			
Blyghet			
Kosten			
Sömnen			

För att kunna bedöma barnets tillväxtdiagram behövs:

Moderns längd _____ cm

Faderns längd _____ cm

Underskrift (vid gemensam vårdnad krävs båda vårdnadshavarnas underskrifter)

Datum	Underskrift	Namnförtydligande
Datum	Underskrift	Namnförtydligande

Original till: Skolsköterska

Behandling av personuppgifter enligt dataskyddsförordningen

Utbildningsnämnden är personuppgiftsansvarig och personuppgifter som lämnas behandlas för att handlägga ditt ärende. Den rättsliga grunden för behandling är myndighetsutövning eller för att utföra uppgift av allmänt intresse. Du har rätt att få ut information om de uppgifter vi har om dig eller för att begära rättelse/överföring/begränsning/radering av dina uppgifter eller göra invändningar. Läs mer om hur kommunen behandlar personuppgifter på <https://www.karlshamn.se/kommun-och-politik/kommun-fakta/personuppgifter-gdpr/>