

**Hälsodeklaration**

Namn: _____

Personnummer: _____

Till förälder/vårdnadshavare:

För att rätt kunna bedöma ditt barns hälsa och vara till hjälp får dig och ditt barn ber vi dig att så fullständigt som möjligt besvara nedanstående frågor. Elevhälsovårdsjournalen är en sekretessbelagd handling som endast skolhälsovården har tillgång till. Observera att skolhälsovården måste få ert medgivande att rekvirera journalen från föregående skola, om detta medgivande inte ges, krävs läkarintyg.

Läkarintyg krävs alltid om eleven de senaste två åren ej gått i svensk skola.

Har eller har ditt barn haft:

Allergi	<input type="checkbox"/>	Magbesvär	<input type="checkbox"/>	Läs- och skrivsvårigheter	<input type="checkbox"/>
Läkemedelsallergi	<input type="checkbox"/>	Menstruationsstörning	<input type="checkbox"/>	Koncentrationssvårigheter	<input type="checkbox"/>
Födoämnesallergi	<input type="checkbox"/>	Pubertetsproblem	<input type="checkbox"/>	Tal – språksvårigheter	<input type="checkbox"/>
Annan allergi	<input type="checkbox"/>	Sömnsvårigheter	<input type="checkbox"/>		
Astma	<input type="checkbox"/>	Depression	<input type="checkbox"/>		
Diabetes	<input type="checkbox"/>	Oro, ångslan	<input type="checkbox"/>		
Epilepsi/krampsjuka	<input type="checkbox"/>	Beteendestörning	<input type="checkbox"/>		
Hudsjukdom/eksem	<input type="checkbox"/>	Ätstörning	<input type="checkbox"/>		
Högt/lågt blodtryck	<input type="checkbox"/>	Ofta infektion	<input type="checkbox"/>		
Hörselnedsättning	<input type="checkbox"/>	Dysenteri	<input type="checkbox"/>		
Hjärtsjukdom/blåsljud	<input type="checkbox"/>	Gulsot/Hepatit	<input type="checkbox"/>		
Hjärtklappning, arytm	<input type="checkbox"/>	TBC	<input type="checkbox"/>		
Njursjukdom	<input type="checkbox"/>	Malaria	<input type="checkbox"/>		
Urinvägsinfektion	<input type="checkbox"/>	Kikhosta	<input type="checkbox"/>		
Synnedsättning	<input type="checkbox"/>	Mononucleos	<input type="checkbox"/>		
Ögonsjukdom	<input type="checkbox"/>	Mässling	<input type="checkbox"/>		
Huvudvärk	<input type="checkbox"/>	Påssjuka	<input type="checkbox"/>		
Reumatisk sjukdom	<input type="checkbox"/>	Röda Hund	<input type="checkbox"/>		
Ledbesvär	<input type="checkbox"/>	Vattkoppor	<input type="checkbox"/>		
Ryggbesvär	<input type="checkbox"/>	HIV	<input type="checkbox"/>		



Har ditt barn:

Vårdats på sjukhus

Nej Ja, för vad?

Blivit opererad

Nej Ja, för vad?

Skadat eller brutit ben,
armar, rygg, nacke, huvud,
fingrar, tår?

Nej Ja, vad?

Någon fysisk eller psykisk
defekt som förhindrar
deltagande i skolidrotten?

Nej Ja, vad?

Tar ditt barn några
mediciner?

Nej Ja, för vad?

Finns det några plötsliga
oförklarliga dödsfall eller fall
av hjärtdöd före 50 års ålder
i slakten?

Nej Ja, vad

Övrig information om
hälsotillståndet

Intygas att här ovan lämnade
uppgifter är riktiga

Förälder/vårdnadshavare
