



## Hälsodeklaration - Gästelev

Namn: \_\_\_\_\_ Personnummer: \_\_\_\_\_

### Till föräldrar/målsmän:

För att rätt kunna bedöma ditt barns hälsa och vara till hjälp för ditt barn ber vi dig att så fullständigt som möjligt besvara nedanstående frågor. Observera att hälsodeklarationen är sekretessbelagd handling som endast skolans sjuksköterska/ internatföreståndarna har tillgång till.

### Har eller har ditt barn haft: ( X= JA)

- |                               |                          |                         |                          |
|-------------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Allergi (inkl. läkemedel)     | <input type="checkbox"/> | Testikelproblem         | <input type="checkbox"/> |
| Astma                         | <input type="checkbox"/> | Reumatisk sjukdom       | <input type="checkbox"/> |
| Bråck                         | <input type="checkbox"/> | Syn problem             | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes                      | <input type="checkbox"/> | Ögonsjukdom             | <input type="checkbox"/> |
| Epilepsi / kramper            | <input type="checkbox"/> | Magbesvär               | <input type="checkbox"/> |
| Hudsjukdom                    | <input type="checkbox"/> | Ryggbesvär              | <input type="checkbox"/> |
| Huvudvärk                     | <input type="checkbox"/> | Menstruationsstörningar | <input type="checkbox"/> |
| Högt / lågt blodtryck         | <input type="checkbox"/> | Sömnsvårigheter         | <input type="checkbox"/> |
| Hörselnedsättning             | <input type="checkbox"/> | Beteendestörningar      | <input type="checkbox"/> |
| Hjärtsjukdom / rytmstörningar | <input type="checkbox"/> | Ätstörningar            | <input type="checkbox"/> |
| Njursjukdom                   | <input type="checkbox"/> | Specialkost: _____      | <input type="checkbox"/> |
| Urinvägsinfektion             | <input type="checkbox"/> | Annat: _____            | <input type="checkbox"/> |

### Information om hälsotillståndet (inklusive de som kryssats för ovan och på nästa sida):

---

---

---

---

### Har ditt barn haft följande barnsjukdomar/vaccinerad: (X=JA)

Mässling  Röda hund  Påssjuka  Vattkoppor

**Har ditt barn:**

	Nej	Ja	
Vårdats på sjukhus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	För vad? _____
Blivit opererad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	För vad? _____
Skadat eller brutit ben/arm/ rygg/nacke/fingrar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Typ av skada? _____
Restriktioner i idrott p.g.a. skada / defekt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Beskriv _____
Tar ditt barn några mediciner?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vilka? _____

Ifall ditt barn tar mediciner så skall den/de tas med till skolan.  
För användning av sömnmedicin krävs förälders/målsmans tillåtelse.

**Har ditt barn behov av studiestöd:**

---

---

---

**Information om föregående skola:**

Skolans namn: \_\_\_\_\_

Adress: \_\_\_\_\_

E-mailadress: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Skolan måste få ert medgivande att vid behov rekvirera journalen från föregående skola. Om inte detta medgivande ges, krävs läkarintyg före skolstart.

Förälders/målsmans underskrift för tillåtelse att rekvirera journal: \_\_\_\_\_

**Härmed intygas att ovan lämnade uppgifter är riktiga.**

Ort och datum: \_\_\_\_\_

Förälder/målsmans underskrift: \_\_\_\_\_