

## SKOLHÄLSOVÅRD

### Överföring av elevhälsovårdsjournal

**Återsändes ifylld senast 2019-08-01 till:**

Älvdalens Utbildningscentrum  
Box 54  
796 22 ÄLVDALEN

*Elevhälsovårdsjournalen är en sekretessbelagd handling som endast skolhälsovården har tillgång till. Genom att den följer eleven under alla skolår ger den en viktig information och en samlad beskrivning av elevens hälsa. I den finns t ex notering rörande vaccinationer, syn och hörselkontroller etc. Vi önskar ditt medgivande att skicka efter journalen från föregående skola.*

**Härmed medgives att elevvårdsjournalen får skickas från föregående skola.**

Föregående skola: \_\_\_\_\_

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

Kommun: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Jag är vårdnadshavare för: \_\_\_\_\_

Elevens personnummer: \_\_\_\_\_

Eleven ska börja på gymnasieprogram: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Underskrift av vårdnadshavare**

### **OBS!**

**Om det är något speciellt med er ungdom utöver det som angivits här nedan som ni anser att vi behöver veta så ta kontakt med skolhälsovården vid skolstart.**

**Skolhälsovården  
ÄUC**

## Hälsouppgifter

### Till dig som börjar på Älvdalens utbildningscenter hösten 2019:

För att jag som skolsköterska på bästa sätt ska kunna hjälpa dig under din gymnasietid, och kunna ta hand om dig om du skulle bli sjuk under din skolgång, behöver jag veta om du har några sjukdomar, funktionsnedsättningar eller andra svårigheter som kan påverka din skolgång/inlärningsmöjlighet. Endast jag kommer ta del av svaren, dvs jag har full sekretess. **Det är frivilligt att lämna ut uppgifterna men vi är tacksamma om de kommer in.**

Mvh

Sofia Anskoff  
Skolsköterska, Älvdalens utbildningscenter  
Tel. 0251-597013

Personuppgifter (vänligen texta)

Datum:		Program:	
Namn:		Personnummer:	
Mobilnummer:		E-mail:	
Födelseland om annat än Sverige	Ankomstår:	Modersmål:	

Jag bor hos:

Båda föräldrarna     
  Mamma     
  Pappa     
  Annan vårdnadshavare

Eget boende     
  Annat alternativ: .....

Namn pappa: ..... Tel: .....

Namn mamma: ..... Tel: .....

Kryssa för, om du har eller har haft, problem eller svårigheter med något av nedanstående?

Syn		Magbesvär		Astma	
Hörsel		Ångest/oro		Eksem	
Tal/ språk		Nedstämdhet		Diabetes	
Läsa/skriva		Ensamhet		Hepatit	
Koncentration		Krampsjukdom		Tuberkulos	
Sömn		Allergi		Skolios(rygg)	
Huvudvärk					

Har du fått alla dina vaccinationer?

Nej       Ja       Vet ej

Om nej, vad har du inte fått och varför? .....

Har du någon allergi/överkänslighet?

Nej     Ja

Mot vad i så fall? .....

Har du någon akutmedicin och/eller någon annan regelbunden medicinering?

Nej     Ja

Om ja, vilken/vilka medicin/-er? .....

Går du på kontroll eller behandling hos läkare, psykolog, kurator, sjukgymnast, optiker eller ngn annan?

Nej     Ja

Om ja, för vad? .....

Har du under förskole- eller grundskoletiden genomgått någon medicinsk/psykologisk utredning (t.ex. för ADHD, ADD, Aspberger, Tourettes, Autism, eller ngn annat)?

Nej     Ja      Om ja, för vad? .....

Diagnos/-er? .....

Finns det något annat som du vill meddela din skolsköterska när det gäller din hälsa eller ditt mående?

.....  
.....  
.....  
.....

Underskrifter:

Datum: .....

.....

Vårdnadshavare

.....

Elev