

ELEVHÄLSOVÅRDSJOURNAL

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 utbildningscentrum hösten 2020:

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 utbildningscentrum
Tel. 0251-597013

Personuppgifter (vänligen texta)

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

Jag bor hos:			
<input type="checkbox"/> Båda föräldrarna	<input type="checkbox"/> Mamma	<input type="checkbox"/> Pappa	<input type="checkbox"/> Annan vårdnadshavare
<input type="checkbox"/> Eget boende	<input type="checkbox"/> 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