



Förhandsuppgifter inför hälsoundersökning i ettan till elevens föräldrar

Ert barn kommer snart att kallas till en hälsoundersökning inom skolhälsovården. Vid den omfattande hälsoundersökning som görs i årskurs ett diskuteras utöver barnets också hela familjens hälsa och välbefinnande. Också frågor som gäller barnets skolgång och fritid behandlas. Barnets föräldrar ombeds att delta i den omfattande hälsoundersökningen. Det är mycket viktigt att ni deltar.

Fyll vänligen i denna blankett och returnera den enligt anvisningarna. Om barnet har två hem, kan vardera hemmet fylla i en blankett. Det är meningen att föräldrarna ska fylla i blanketten, men svaren kan diskuteras tillsammans med barnet. Frågorna ger er en uppfattning om hälsoundersökningens innehåll och era svar hjälper oss att tillgodose familjens behov och önskemål i samband med hälsoundersökningen. De teman som finns på blanketten diskuteras vid undersökningen.

Det är frivilligt att fylla i blanketten och att besvara de enskilda frågorna. Alla uppgifter är konfidentiella och omfattas av hälso- och sjukvårdens sekretessbestämmelser. Uppgifterna används endast inom hälso- och sjukvården och ingår i hälsocentralens register över journalhandlingar.

Elev:

Namn _____ Klass _____

Personbeteckning _____ Hemmets språk _____
(ett eller flera)

Föräldrar/vårdnadshavare:

Namn _____ Telefonnummer dagtid _____

Namn _____

Barnet bor tillsammans med

- båda föräldrarna
 sin mamma
 sin pappa
 annat arrangemang, hurdant?

Förändringar i familjestrukturen

- inga förändringar
 separation/skilsmässa, årtal
 gemensam vårdnad
 ensamstående mamma/pappa (ringa in)
 nytt samboförhållande/äktenskap, årtal
 annat

Hur organiseras umgänget om föräldrarna bor på skilda håll?

Har barnet syskon?

- nej ja, namn och födelseår

Övriga personer i samma familj eller hushåll

BARNETS HÄLSA OCH VÄLBEFINNANDE

Hurdant är barnets nuvarande hälsotillstånd? bra medelmåttigt dåligt

Har barnet långvariga (fysiska eller psykiska) symtom, sjukdomar eller handikapp?

nej ja, vilka? Vårdinstans, nuvarande vård och begränsningar

- | | | |
|----------------|------------------------------|-----------------------------|
| • allergi | <input type="checkbox"/> nej | <input type="checkbox"/> ja |
| • specialdiet | <input type="checkbox"/> nej | <input type="checkbox"/> ja |
| • medicinering | <input type="checkbox"/> nej | <input type="checkbox"/> ja |

Har något av följande förekommit hos barnet upprepade gånger under det senaste året?

- | | | |
|--|------------------------------|-----------------------------|
| • trötthet eller sömnproblem | <input type="checkbox"/> nej | <input type="checkbox"/> ja |
| • skygghet eller spändhet | <input type="checkbox"/> nej | <input type="checkbox"/> ja |
| • våldsamhet, aggressivitet | <input type="checkbox"/> nej | <input type="checkbox"/> ja |
| • rastlöshet, koncentrationssvårigheter | <input type="checkbox"/> nej | <input type="checkbox"/> ja |
| • rädsla, ångest | <input type="checkbox"/> nej | <input type="checkbox"/> ja |
| • nedstämdhet, tillbakadragenhet | <input type="checkbox"/> nej | <input type="checkbox"/> ja |
| • sängvätning eller inkontinens på dagen | <input type="checkbox"/> nej | <input type="checkbox"/> ja |
| • andra symtom, besvär eller smärtor | <input type="checkbox"/> nej | <input type="checkbox"/> ja |
| • olycksfall | <input type="checkbox"/> nej | <input type="checkbox"/> ja |

HÄLSOVANOR

Vårt barn

- **sover** på vardagar _____ timmar, kl. ____ – ____
under veckoslut _____ timmar, kl. ____ – ____
- **rör på sig** dagligen cirka _____ timmar (skolväg och skolgymnastik, utomhusvistelse och motionsintressen)
- **sitter framför skärm** på vardagar _____ timmar/dag (TV, dator, spelkonsoler, telefon osv.)
under veckoslut _____ timmar/dag

Vet ni vad barnet sysslar med vid datorn? ja nej

Familjens måltidsvanor

vi är nöjda med _____

kunde förbättras _____

Barnets måltider

frukost

skolmat/lunch

mellanmål på eftermiddagen

middag

kvällsmål

på vardagar under veckoslut

Vårt barn använder

mjölk och/eller mjölkprodukter

 ja

 nej

D-vitamin

 ja

 nej

Användningen av tobaksprodukter, alkohol och andra droger i familjen

- tobak nej ja _____
- snus nej ja _____
- alkohol nej ja _____
- narkotika nej ja _____

Hur sköter barnet sin personliga hygien? (tandborstning, dusch osv.)

SKOLAN

Hur går det för barnet i skolan och med hemläxorna?

Vilka är barnets starka sidor i skolan?

Får barnet/har barnet fått stöd för lärandet? (stödundervisning, arbete i smågrupper, specialundervisning osv.)

nej ja, vad?

Går barnet/har barnet gått hos en skolkurator eller en skolpsykolog?

nej ja, varför?

Hur tycker ni att samarbetet mellan hem och skola har fungerat?

- Tycker barnet om att gå i skolan? ja jag vet inte nej
- Har barnet kompisar i skolan? ja jag vet inte nej
- Mobbas barnet i skolan? ja jag vet inte nej

Hur arrangeras barnets morgon- och eftermiddagsvård under det första skolåret?

FRITIDEN

Vad gör barnet på fritiden? (ensamt/med kompisarna/med familjen eller i fritidsintressen)

Barnets hemkomsttid på kvällar är kl. _____

- Har barnet kompisar på fritiden? ja nej
- Känner ni barnets kompisar? ja nej
- Mobbas barnet på fritiden? ja jag vet inte nej
- Vet ni var och med vem barnet tillbringar sin fritid? ja nej

FAMILJEN

Har familjen tillräckligt med gemensam tid?
Hur tillbringar ni den gemensamma tiden?

 ja

 nej

I vår familj

- brukar vi uppmuntra varandra och ge positiv respons ja nej
- delar vi på hemsysslor ja nej
- känner sig alla trygga och stämningen är vanligen harmonisk ja nej
- brukar vi berätta vad som har hänt under dagen ja nej
- har vi tillsammans kommit överens om reglerna ja nej
- äter vi varje dag tillsammans ja nej

Hur löser familjen situationer där barnet har brutit mot överenskomna regler eller betet sig illa?

Upplever ni att ni behöver hjälp i frågor som gäller barnets fostran?

 nej

 ja, hurdan? _____

 vi får hjälp redan nu/vi har fått hjälp tidigare. Varifrån? (t.ex. familjerådgivning) _____

Alla bekymmer i familjen, sådant som tär på krafterna och olika förändringar i livet, påverkar hur eleven mår och klarar sig i skolan. Förekommer något av följande i er familj?

- kronisk sjukdom (fysisk eller psykisk) nej ja
- svårigheter med att orka, utmattning eller depression nej ja
- otrygghet eller våld nej ja
- missbruk, alkohol- eller drogberoende nej ja
- problem i förhållandet mellan familjemedlemmarna nej ja
- ekonomiska bekymmer nej ja
- sorg eller förluster nej ja
- något annat aktuellt, vad? nej ja

Vem ger vid behov stöd i familjens vardag?

 mor-/farföräldrar

 före detta partner

 grannar

 ingen

 vänner

 andra _____

Vilka är familjens starka sidor? _____

Mitt barn gör mig glad eftersom _____

Önskemål som gäller hälsoundersökningen _____

Datum _____

Underskrift av den/dem som fyllt i blanketten _____