



Du har tid till hälsoundersökning ____/____ 20____ kl. _____
Fyll i uppgifterna nedan och ta med blanketten till hälsovårdaren.

A Kontakt- uppgifter	Namn	Personbeteckning
	Adress	Telefon
	Förälder eller annan vårdnadshavare	Telefon dagtid
	Förälder eller annan vårdnadshavare	Telefon dagtid
B Skola	Hur tycker du att det är att gå i skolan <input type="checkbox"/> trevligt <input type="checkbox"/> något annat <input type="checkbox"/> jobbigt	
	Hur tycker du att inläringen känns för dig <input type="checkbox"/> lätt <input type="checkbox"/> vissa ämnen är svåra <input type="checkbox"/> svår	
	<input type="checkbox"/> jag har fått stödundervisning/ specialundervisning <input type="checkbox"/> jag får individualiserad/förenklad undervisning	
	Att läsa läxor är för dig <input type="checkbox"/> lätt <input type="checkbox"/> läsläsningen går tämligen bra <input type="checkbox"/> svårt	
	Stämningen i din klass är <input type="checkbox"/> god <input type="checkbox"/> något annat <input type="checkbox"/> dålig	
	Har du vänner i klassen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	
	Blir du utsatt för mobbning eller utfrysning <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja	
	Har du för tillfället <input type="checkbox"/> två eller flera vänner <input type="checkbox"/> en vän <input type="checkbox"/> ingen vän	
	Har du en skolkamrat som blir utsatt för mobbning eller utfrysning <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja	
	Kommer du bra överens med dina lärare <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej	
	Går du hos skolkuratorn eller skolpsykologen <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja	
	Spänner du dig när det gäller följande saker <input type="checkbox"/> jag spänner mig inte <input type="checkbox"/> prov <input type="checkbox"/> att det avslöjas hur du har det hemma	
	<input type="checkbox"/> att uppträda i klassen <input type="checkbox"/> att svara på timmen <input type="checkbox"/> andra elever	
	<input type="checkbox"/> något annat, vad	
	Har du blivit utsatt för våld i skolan eller på fritiden <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja	
C Hälsotillstånd	Känner du dig frisk <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> kan inte säga	
	När tog du senast medicin och varför	
	Har du någon långvarig sjukdom eller skada <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja, vilken _____ var får du/har du fått vård _____ medicinering _____	
	Har du vårdats på sjukhus under det senaste året <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja, varför _____ var har du fått/får du vård _____	

	Allergier (födoämnen / andra), för vad																																				
	Olyckor (under det senaste året)																																				
	Har du haft något av följande symptom under det senaste året																																				
	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Nej</th> <th>Ja</th> <th>Ytterligare uppgifter / hur ofta</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Huvudvärk</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ont i magen</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sömnsvårigheter</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Yrsel/svindel</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Eksem</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ont i lederna</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ont i ryggen/axlarna</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Andra återkommande besvär, vilka</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Nej	Ja	Ytterligare uppgifter / hur ofta	Huvudvärk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Ont i magen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Sömnsvårigheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Yrsel/svindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Eksem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Ont i lederna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Ont i ryggen/axlarna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Andra återkommande besvär, vilka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Nej	Ja	Ytterligare uppgifter / hur ofta																																		
Huvudvärk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
Ont i magen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
Sömnsvårigheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
Yrsel/svindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
Eksem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
Ont i lederna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
Ont i ryggen/axlarna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
Andra återkommande besvär, vilka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																			
	Min åsikt om min längd och vikt																																				
D Hälsvanor	Jag äter dagligen <input type="checkbox"/> morgonmål <input type="checkbox"/> skolmat <input type="checkbox"/> middag <input type="checkbox"/> mellanmål <input type="checkbox"/> kvällsmål																																				
	Tar du dagligen D-vitamintillskott <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej																																				
	Använder du mjölkprodukter dagligen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej																																				
	Jag sover på vardagar kl. — och på veckosluten kl. —																																				
	På fritiden brukar jag																																				
	Mina hobbyn																																				
	Hur många timmar tittar du på tv/använder du dator per dag timmar per dag																																				
	Vilken tid ska du senast vara hemma vardagar kl. och under veckosluten kl.																																				
	Har du blivit erbjuden tobak, snus, droger eller alkohol <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja, vad																																				
	Har du vänner eller bekanta (ungdomar) som har provat på tobak, snus, alkohol eller droger <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja																																				
	Är du bekymrad över någon kompis/familjemedlems rusmedelskonsumtion <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja																																				

	<p>Röker du</p> <input type="checkbox"/> nej	<p>Dricker du alkohol</p> <input type="checkbox"/> nej		
	<input type="checkbox"/> har testat	<input type="checkbox"/> har testat		
	<input type="checkbox"/> då och då	<input type="checkbox"/> ibland _____ gånger per månad		
	<input type="checkbox"/> regelbundet _____ cigaretter per dag	<p>hur mycket och vad</p>		
	<p>när började du _____</p>	<input type="checkbox"/> ofta _____ gånger per månad		
	<p>när har du tänkt sluta _____</p>	<p>hur mycket och vad</p>		
	<input type="checkbox"/> jag har slutat			
<p>Hur många gånger borstar du tänderna per dag</p>				
<p>E Frågor till flickor och pojkar</p>	<p>Är du nöjd med hur du utvecklats under puberteten</p> <hr/> <p>Är frågor som gäller sällskapande aktuella för dig</p> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej <hr/> <p>Önskar du information om sådant som gäller kompisrelationer, t.ex. sällskapande</p> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej <hr/> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>Frågor till flickor</p> <p>Har din menstruation börjat <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej</p> <p>Menstruationen började vid _____ års ålder</p> <p>Blödningen pågår i _____ dygn</p> <p>Menstruationscykelns längd _____ dygn</p> <p>Har du regelbunden menstruationscykel <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej</p> <p>Har du menstruationssmärtor <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej</p> <p>Har du frågor om / bekymmer som gäller preventivmedel eller puberteten <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej</p> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>Frågor till pojkar</p> <p>Har du trång förhud <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Är den ena testikeln betydligt större än den andra eller är bara den ena synlig <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Har du frågor om / bekymmer som gäller preventivmedel eller puberteten <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja</p> </td> </tr> </table>		<p>Frågor till flickor</p> <p>Har din menstruation börjat <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej</p> <p>Menstruationen började vid _____ års ålder</p> <p>Blödningen pågår i _____ dygn</p> <p>Menstruationscykelns längd _____ dygn</p> <p>Har du regelbunden menstruationscykel <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej</p> <p>Har du menstruationssmärtor <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej</p> <p>Har du frågor om / bekymmer som gäller preventivmedel eller puberteten <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej</p>	<p>Frågor till pojkar</p> <p>Har du trång förhud <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Är den ena testikeln betydligt större än den andra eller är bara den ena synlig <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Har du frågor om / bekymmer som gäller preventivmedel eller puberteten <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja</p>
<p>Frågor till flickor</p> <p>Har din menstruation börjat <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej</p> <p>Menstruationen började vid _____ års ålder</p> <p>Blödningen pågår i _____ dygn</p> <p>Menstruationscykelns längd _____ dygn</p> <p>Har du regelbunden menstruationscykel <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej</p> <p>Har du menstruationssmärtor <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej</p> <p>Har du frågor om / bekymmer som gäller preventivmedel eller puberteten <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej</p>	<p>Frågor till pojkar</p> <p>Har du trång förhud <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Är den ena testikeln betydligt större än den andra eller är bara den ena synlig <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Har du frågor om / bekymmer som gäller preventivmedel eller puberteten <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja</p>			
<p>F Familj</p>	<p>Till din familj hör</p> <hr/> <p>Hurdant är ditt förhållande till dina föräldrar</p> <input type="checkbox"/> bra <input type="checkbox"/> nöjaktigt <input type="checkbox"/> dåligt <hr/> <p>Vad grälar du och dina föräldrar om</p> <hr/> <p>Kan du berätta om dina privatsaker för</p> <input type="checkbox"/> dina föräldrar <input type="checkbox"/> dina syskon <input type="checkbox"/> dina vänner <input type="checkbox"/> ingen <input type="checkbox"/> någon annan <hr/> <p>Vilka förändringar har skett i ditt liv under den senaste tiden</p> <input type="checkbox"/> inga särskilda förändringar			
	<input type="checkbox"/> flyttning <input type="checkbox"/> föräldrarnas skilsmässa <input type="checkbox"/> förälders nya äktenskap/samboskap			
	<input type="checkbox"/> riklig alkoholkonsumtion hos någon närstående <input type="checkbox"/> närståendes depression <input type="checkbox"/> närståendes annan sjukdom			
	<input type="checkbox"/> närståendes dödsfall <input type="checkbox"/> egen sjukdom <input type="checkbox"/> något annat, vad			
	<input type="checkbox"/> brors/systers födelse <input type="checkbox"/> familjevåld			
	<p>Saker du tycker du är bra på/uppskattar att du kan</p>			
<p>Datum och elevens underskrift</p>	<p>Datum</p>	<p>Elevens underskrift</p>		