

## Bästa elev i åttan,

Du kommer snart att genomgå en omfattande hälsoundersökning inom skolhälsovården och kommer då att träffa både skolhälsovårdaren och skolläkaren. Med hjälp av denna blankett samlar vi på förhand in information om de frågor som behandlas vid undersökningen. Din åsikt är mycket värdefull i alla frågor och därför är det viktigt att du fyller i blanketten. Du kan också berätta vilka önskemål du har när det gäller undersökningen.

Det är frivilligt att fylla i blanketten och att besvara de enskilda frågorna.

Vid undersökningen diskuterar vi de teman som finns på blanketten och du har möjlighet att precisera dina svar. Dina svar är konfidentiella och används endast inom skolhälsovården. Vi talar om dem med dina föräldrar endast om du ger lov till det. Om det dock verkar som om din uppväxt eller utveckling är i fara, har skolhälsovården en lagstadgad skyldighet att kontakta barnskyddet.

Anteckningar om en hälsoundersökning görs i patientjournalerna. Därefter förstörs anamnesblanketterna. Skolhälsovårdens handlingar är en del av välfärdsrådets patientregister.

## Elev

Namn	
Klass	Telefonnummer

## Skolan och fritiden

Att gå i skolan är	<input type="checkbox"/> roligt	<input type="checkbox"/> helt okej	<input type="checkbox"/> tråkigt
Att lära sig är	<input type="checkbox"/> lätt	<input type="checkbox"/> ibland svårt	<input type="checkbox"/> svårt
Att göra hemläxor är	<input type="checkbox"/> lätt	<input type="checkbox"/> ibland svårt	<input type="checkbox"/> svårt
Vilket betyg (mellan 4 och 10) ger du arbetsron i din klass _____ stämningen i din klass, dvs. klassandan _____ ?			
Jag kommer överens med lärarna	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> det varierar	<input type="checkbox"/> nej
Jag är spänd eller rädd i skolan	<input type="checkbox"/> nej	<input type="checkbox"/> ja, varför?	_____
<b>Jag har kompisar eller vänner</b>			
• i skolan	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> för få	<input type="checkbox"/> nej
• på fritiden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> för få	<input type="checkbox"/> nej
Hur har du tänkt fortsätta dina studier efter grundskolan?			
_____			
<b>Hur tillbringar du din fritid?</b> (ensam/med kompisarna/med familjen eller i fritidsintressen)			
_____			
Min hemkomsttid på vardagar är kl. _____ och under veckoslut kl _____.			

Jag sitter framför telefonen, datorn, spelkonsolen, TV:n eller någon annan skärm på vardagar cirka \_\_\_\_\_ timmar /dag.  
under veckoslut och lov cirka \_\_\_\_\_ timmar / dag.

Har du på dessa skärmar sett någonting (t.ex. sex eller våld) som du börjat grubbla över?  
 nej  kanske  ja

**Fundera över följande frågor utgående från hela din livsmiljö** (skolan, hemmet, fritiden, webben osv.)

- Har du blivit mobbad?  nej  kanske  ja
- Har du märkt att någon annan blivit mobbad?  nej  kanske  ja
- Har du själv mobbat?  nej  kanske  ja
- Har du råkat ut för sexuella trakasserier eller ofredande?  nej  kanske  ja
- Har du råkat ut för våld eller hot om våld?  nej  kanske  ja

## Hälsa och hälsovanor

**Känner du dig frisk?**  ja  vet inte  
 nej, därför att \_\_\_\_\_

Har du någon långvarig sjukdom eller åkomma?  
 nej  ja, berätta vilken och hur den behandlas, t.ex. medicinering  
\_\_\_\_\_

Jag är nu klient eller har tidigare varit klient

vid en poliklinik för barnpsykiatri  hos skolkuratorn  
 vid en familjerådgivning  hos skolpsykologen  
 vid en poliklinik för ungdomspsykiatri  på annat ställe, var? \_\_\_\_\_

Har du allergier?  nej  ja, vilka? \_\_\_\_\_  
Har du specialdieter?  nej  ja, vilka? \_\_\_\_\_

Har du haft eller känt något av följande under det senaste året?	nej	ibland	ofta
huvudvärk			
magsmärtor			
smärtor vid belastning			
smärtor i rygg, skuldror eller nacke			
eksem			
sömnsvårigheter			
nedstämdhet, sämre humör eller depression			
ångest, spändhet eller rädsla			
irritation eller vredesutbrott			
koncentrationssvårigheter			
fientlighet, attackerande av andra			
något annat, vad? _____			

Har du varit med om något olycksfall under det senaste året?  
 nej  ja, hurdant? \_\_\_\_\_

Har du någonsin förlorat medvetandet i liggande ställning eller under belastning?  
 nej  ja

Min åsikt om min längd och vikt

**Jag äter dagligen**
 frukost       skolmat / lunch       middag       mellanmål       kvällsmål
**Jag använder dagligen**
 mjölk eller så kallad vegetabilisk mjölk eller produkter som tillverkats av dessa  ja       nej  
 vad? \_\_\_\_\_

 grönsaker och/eller frukter  ja       nej

 kött  ja       nej

 fisk  ja       nej

 Jag använder D-vitamintillskott  dagligen       sporadiskt       inte alls  
 dygnsdos \_\_\_\_\_ mikrogram

**Jag sover** på vardagar kl. \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ och under veckoslut kl. \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_
**Mina motionsvanor** (utöver skolgymnastiken)

\_\_\_\_\_

**Jag sköter mina tänder**

\_\_\_\_\_

<b>Användningen av tobaks- och nikotinprodukter, alkohol och andra droger</b>	jag använder inte	jag använder inte, men jag har provat	jag använder ibland	jag använder	används i mitt kompisgäng
e-cigarett					
nikotinpåsar					
tobak					
snus					
alkohol					
narkotika					
annat, vad? _____					

**Svara på frågorna i denna punkt till den grad som de gäller dig.****Frågor om menstruation**
 Har du fått mens?  ja       nej      Ålder då mensen började \_\_\_\_\_ år

 Är din mens regelbunden?  ja       nej      Menstruationscykelns längd är \_\_\_\_\_ dygn  
 (från början av blödningen till följande blödning)

 Har du mensvärk?  ja       nej      Blödningens längd \_\_\_\_\_ dygn
**Frågor om förhud och testiklar**
 Har du trång förhud?  ja       nej

 Har du två testiklar?  ja       nej

 Finns det en betydande skillnad  
i storleken på dina testiklar?  ja       nej
**De här frågorna är riktade till alla.**
 Frågor som gäller sällskapande är aktuella för mig.  ja       nej

 Frågor som gäller preventivmedel är aktuella för mig.  ja       nej

 Jag funderar över frågor gällande sexuell mognad.  ja       nej

 Jag funderar över frågor gällande sexuell läggning eller könsidentitet.  ja       nej

## Hem och familj

Till min familj hör

---

---

Förhållandet mellan mig och mina föräldrar är  mycket bra  bra  måttligt  dåligt

Hur tillbringar du tiden tillsammans med dina föräldrar och vad gör ni tillsammans?

---

I vilka frågor uppstår det gräl mellan dig och dina föräldrar eller i vilka frågor är ni av olika åsikt?

---

Jag kan berätta om mina angelägenheter och bekymmer för

mina föräldrar  mitt syskon  en vän  någon annan  ingen

Följande förändringar har skett i mitt liv under den senaste tiden:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> en flytt   | <input type="checkbox"/> en närstående har dött                  |
| <input type="checkbox"/> skilsmässa mellan föräldrarna                              | <input type="checkbox"/> ett syskon har fötts eller flyttat bort |
| <input type="checkbox"/> min förälder har ett nytt samboförhållande eller äktenskap | <input type="checkbox"/> inga förändringar                       |
| <input type="checkbox"/> en närstående har insjuknat                                | <input type="checkbox"/> annat, vad? _____                       |

**Din familj påverkar också ditt välbefinnande.  
Förekommer något av följande i er familj?**

ja

ibland /  
kanske

nej

Familjen har tillräckligt med gemensam tid.			
Vi brukar tala om vad som har hänt under dagen.			
Vi äter varje dag tillsammans.			
Vi brukar uppmuntra varandra och ge positiv respons.			
Vi delar på hemsysslor.			
Vi har gemensamt överenskomna regler.			
Följderna vid brott mot reglerna är rättvisa.			
Alla känner sig trygga och stämningen är vanligen harmonisk.			
Kronisk sjukdom (fysisk eller psykisk).			
Bekymmer och problem som anknyter till missbruk av alkohol eller andra droger.			
Problem eller konflikter mellan familjemedlemmarna.			
Hot om våld eller våld.			

Finns det något som du oroar dig för just nu? Tänk på dig själv, din vänkrets, skolan, hemmet och framtiden. Vad?

---

I vilka avseenden är du nöjd med dig själv och ditt liv just nu?

---

Önskemål som gäller hälsoundersökningen.

---

Datum

Underskrift av personen som fyller i blanketten

---

---

---

---