

Bästa studerande,

Välkommen på hälsoundersökning inom studerandehälsovården. Vid undersökningen kommer du att träffa en hälsovårdare och vid behov en läkare.

Med den här blanketten samlar vi på förhand in information om de frågor som kommer att behandlas vid undersökningen. Dina åsikter är värdefulla och därför är dina svar viktiga. Du kan också berätta om dina önskemål gällande undersökningen.

Det är frivilligt att fylla i blanketten och besvara enskilda frågor och det tar cirka 5–15 minuter att göra det. Vid hälsoundersökningen diskuteras temana på blanketten och du har möjlighet att precisera dina svar. De uppgifter du ger är konfidentiella och omfattas av sekretessbestämmelserna inom hälso- och sjukvården.

Anteckningar om hälsoundersökningen görs i patientjournalerna och därefter förstörs denna blankett. Studerandevårdens handlingar är en del av välfärdsområdets patientregister.

Institutet för hälsa och välfärd (THL) ansvarar för innehållet i blanketten för förhandsuppgifter.

Personuppgifter

Efternamn	
Förnamn	
Personbeteckning	
Kön <input type="checkbox"/> kvinna <input type="checkbox"/> man <input type="checkbox"/> annat	
E-postadress	Telefonnummer
Adress	
Hemkommun	Födelseland
Kontaktspråk <input type="checkbox"/> finska <input type="checkbox"/> svenska <input type="checkbox"/> engelska <input type="checkbox"/> annat	

Nära anhörig eller annan kontaktperson

Efternamn och förnamn	
<input type="checkbox"/> nära anhörig	<input type="checkbox"/> annan kontaktperson, vilken relation? _____
Telefonnummer	

Studier

Nuvarande läroanstalt

utbildning på andra stadiet
läroanstaltens namn och linje _____

gymnasium
läroanstaltens namn _____

Hur tycker du att du har kommit igång med dina studier?

bra måttligt bra dåligt

Har du tidigare studerat något efter grundskolan?

nej ja, vad? _____

Hälsa

Hur upplever du ditt hälsotillstånd?

Har du konstaterats ha något som försvårar dina studier, till exempel läs- och skrivsvårigheter, inlärnings- eller koncentrationssvårigheter?

nej ja, vad? _____

Har du konstaterats ha någon bestående eller långvarig (fysisk eller psykisk) sjukdom eller funktionsnedsättning?

nej ja, vilken? _____

Har du allergier?

nej ja, vilken/vilka och hur har du observerat dem? _____

Använder du något läkemedelspreparat regelbundet eller vid behov (även preventivmedel, naturpreparat och kosttillskott såsom D-vitamin)?

nej ja, vad? _____

Har du några kontinuerliga eller upprepade fysiska symtom?

nej ja, vad? _____

Har du några kontinuerliga eller upprepade psykiska symtom, till exempel utmattning, ångest, paniksymtom eller spänningar?

nej ja, vad? _____

Har du under den senaste månaden oroat dig över att du känt dig nedstämd, deprimerad eller tappat tron på framtiden?

nej ja

Har du under den senaste månaden oroat dig över att du upplevt brist på intresse eller lust?

nej ja

Jag funderar över frågor gällande sexuell läggning eller könsidentitet.

nej ja

Jag vill diskutera preventivmedel eller könssjukdomar.

nej ja, vad? _____

Hälsovanor

Hur ser din kost ut?

- blandkost
 vegetarisk kost
 vegetarisk kost + mjölkprodukter och/eller ägg
 vegetarisk kost + fisk
 vegansk kost
 annan, hurdan? _____

Har du symtom eller problem i tänderna eller munnen?

- nej ja, vad? _____

När var du senast på tandkontroll?

- 0–2 år sedan över 2 år sedan över 4 år sedan

Hur ofta borstar du tänderna med fluortandkräm?

- 2 gånger per dag 1 gång per dag mer sällan

Vad tycker du om din vikt?

- Min vikt är lämplig.
 Jag är för mager.
 Jag är för tjock.
 Jag kan inte säga.

På vardagar sover jag kl. _____ - _____ och på veckoslut kl. _____ - _____.

Lider du av sömnstörningar (t.ex. svårigheter att somna eller att du ligger vaken på natten)?

- nej ja

Hur ofta rör du på dig raskt så att du blir måttligt andfådd (t.ex. på väg till läroanstalten eller motionshobby)?

- dagligen eller nästan dagligen
 1–3 gånger i veckan
 mer sällan
 inte alls

Fundera på den tid du tillbringar på internet, sociala medier eller TV eller genom att spela. Har dessa aktiviteter stort till exempel dina relationer, tankar, din nattsömn, dygnsrytm eller dina studier?

- nej ibland ofta

Mina rusmedelsvanor	jag använder inte	jag har provat/ använder sporadiskt	jag använder	personer i min bekant- skapskrets använder
tobak				
e-cigaretter				
snus				
alkohol				
cannabis				
övriga droger och läkemedel i berusningssyfte				

Om du dricker alkohol, svara också på frågorna nedan.

Hur ofta dricker du öl, vin eller andra alkoholdrycker? Räkna också med de gånger då du dricker endast små mängder, till exempel en flaska mellanöl eller lite vin.

- aldrig
 cirka en gång i månaden eller mer sällan
 2–4 gånger i månaden
 2–3 gånger i veckan
 4 gånger i veckan eller oftare

Hur många portioner alkohol har du i allmänhet druckit de dagar då du druckit alkohol? En portion är 1 flaska mellanöl eller cider, 1 glas (12 cl) vin eller en restaurangportion (4 cl) stark alkohol.

- 1–2 portioner
 3–4 portioner
 5–6 portioner
 7–9 portioner
 10 portioner eller fler

Hur ofta har du druckit sex alkoholportioner eller mer på en gång?

- aldrig
 mer sällan än en gång i månaden
 en gång i månaden
 en gång i veckan
 dagligen eller nästan dagligen

Personliga relationer

Känner du dig ensam?

- ja nej

Har du någon att prata med om viktiga saker?

- ja nej

Har du upplevt något av följande?	nej	ja	ja, under de senaste 6 månaderna
mobbing			
våld			
allvarlig olycka			
sexuell trakasseri, påtryckning eller sexuellt våld			
konflikter i ett parförhållande			
konflikter med familjemedlemmar			
allvarlig sjukdom eller dödsfall hos en närstående			
användning av alkohol eller droger hos en närstående			

Till sist

Önskar du få genomgå en hälsoundersökning av en hälsovårdare så fort som möjligt?

- jag har inget akut behov ja

Finns det något som gäller hälsan eller välbefinnandet som du skulle vilja diskutera vid hälsoundersökningen?

- ja, vad? _____
 nej

Datum

Underskrift