

Spørgeskema, indskoling. (6/2-2020)

Sundhedsplejen skal ifølge [Journalføringsbekendtgørelsen](#) føre journal på skolebørn.

Roskilde kommune sender endvidere data på sikker måde til den tværkommunale database: [Databasen Børns Sundhed](#) og [Den Nationale Børnedatabase](#).

Barnets navn		Skole	Klasse
Cpr:		Fritidsordning: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	
Mor Navn:		Skolegang: Folkeskole: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	
Adresse:	Postnr.:	Gymnasial uddannelse: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	
Tlf.:	Er mor i arbejde:	Videregående uddannelse over 2 år (gælder alle uddannelser): Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	
Stillingsbetegnelse:	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		
Far Navn:		Skolegang: Folkeskole: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	
Adresse:	Postnr.:	Gymnasial uddannelse: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	
Tlf.:	Er far i arbejde:	Videregående uddannelse over 2 år (gælder alle uddannelser): Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	
Stillingsbetegnelse:	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		
Andre relevante navne, adresser, tlf. numre, e-mails, f.eks. ikke biologiske forældre, plejeforældre:			

Forældrenes fødeland, hvis <u>ikke</u> Danmark:			
Mor, land:	Modersmål:	Indvandrer <input type="checkbox"/>	Efterkommer <input type="checkbox"/> Flygtning <input type="checkbox"/>
Far, land:	Modersmål:	Indvandrer <input type="checkbox"/>	Efterkommer <input type="checkbox"/> Flygtning <input type="checkbox"/>
Hvilket sprog taler I hjemme:			
Har I brug for tolk ved undersøgelse og samtale med sundhedsplejerske Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Hvilket sprog:			

Sammenbragt familie (en familie hvor mindst én af parterne har børn med fra tidligere forhold): Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Hvem bor barnet hos?: Begge forældre: <input type="checkbox"/> Mor: <input type="checkbox"/> Far: <input type="checkbox"/> Forældre på skift: <input type="checkbox"/> Andre: <input type="checkbox"/>
---	--

Netværk Har I venner, familie eller andre, som kan hjælpe jer? Eksempelvis ved sygdom hos barnet. Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
--

Risikofaktorer for barnets trivsel:
Alkoholindtagelse Er omsorgsevnen for barnet, nedsat på grund af alkoholindtagelse? Hos mor: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ved ikke <input type="checkbox"/> Hos far: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ved ikke <input type="checkbox"/>
Andet misbrug: Er omsorgsevnen for barnet, nedsat på grund af andet misbrug? Hos mor: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ved ikke <input type="checkbox"/> Hos far: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ved ikke <input type="checkbox"/>
Rygning Udsættes barnet for passiv rygning i hjemmet (definition: Barnet udsættes for røg fra fx cigaretter, vandpibe eller e-cigaretter inde i hjemmet): Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ved ikke <input type="checkbox"/>

Sygdomme/handicap hos barn, forældre og søskende: Eks: Sukkersyge, hjerte/kredsløbssygdomme, psykisk sygdom eller andet: Barn: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Hvis ja, hvilken? Hos mor: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Hvis ja, hvilken? Hos far: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Hvis ja, hvilken? Søskende: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Hvis ja, hvilken? Medicin Får jeres barn regelmæssigt medicin? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Hvis ja, hvilken? Allergi Barn: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Hvis ja, hvilke? Mor: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Hvis ja, hvilke? Far: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Hvis ja, hvilke? Søskende: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Hvis ja, hvilke?	Eventuelle indlæggelser: Dato: År: Årsag: Dato: År: Årsag: Dato: År: Årsag: Dato: År: Årsag: Dato: År: Årsag: Dato: År: Årsag:
---	---

Lægeundersøgelser og vaccinationer:
Er lægeundersøgelser og børnevaccinationsprogrammet fulgt? Ja Nej
Hvis nej, hvorfor ikke:
Andre vaccinationer:

Forældrenes højde og vægt:			
Mors vægt:	Højde:	Fars vægt:	Højde :

Har I været bekymret for jeres barns udvikling og trivsel. Hvis ja, sæt kryds:
Kontakt/samvær med andre Skoleparathed Bevægelse/Motorik Sprog /Udtale Søvn
Andet:

Har barnet på grund af disse bekymringer haft kontakt til f.eks. psykolog, talehørelærer, fysioterapeut: Ja Nej
Hvis ja, årsag:

Vandladning
Tisser barnet i sengen om natten: Ja Nej Hvis ja, evt. bemærkninger:
Tisser barnet i bukserne om dagen: Ja Nej Hvis ja, evt. bemærkninger:
Har barnet afføring i bukserne: Ja Nej Hvis ja, evt. bemærkninger:

Forældrenes opfattelse af barnets trivsel og socialt samspil
Jeres barn:
Er lidt af en enspænder leger mest alene Passer ikke Passer delvist Passer godt
Har mindst en god ven: Passer ikke Passer delvist Passer godt
Er generelt vellidt af andre børn Passer ikke Passer delvist Passer godt
Bliver mobbet eller drillet af andre børn Passer ikke Passer delvist Passer godt
Kommer bedre ud af det med voksne end med andre børn Passer ikke Passer delvist Passer godt

Beskriv hvad jeres barn er god til:

Barnets syn Skeler konstant: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Skeler ved træthed: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Bruger barnet briller? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Andet: Bemærkning:	Synsproblemer hos forældre og søskende Mor <input type="checkbox"/> Far <input type="checkbox"/> Søskende <input type="checkbox"/> Bemærkning:
--	--

Høreelse
Har jeres barn haft: Mellemørebetændelse indenfor det sidste år Dræn i ørerne Høreapparat Andet:
Bemærkninger
Er der høreproblemer i familien: Ja, hos mor Ja, hos far Ja, hos søskende
Bemærkninger

Er der andet I synes, vi skal vide om jeres barn eller familie:

Jeg/vi giver tilladelse til, at sundhedsplejersken og klasselæreren efter aftale med mig/os udveksler udvalgte oplysninger, som har betydning for barnets trivsel og udvikling i skolen.
Dato og underskrift: