



## Rutiner for kartlegging – Helsestasjonen

Navn: ..... Klasse: .....

### Til eleven

Hvis du tenker tilbake på de siste ukene, hvordan har du hatt det?

Bra                       Passe                       Dårlig

### Familieforhold

Hvem bor du sammen med? .....

Har du søsken? .....

Har det skjedd noen endringer i familien som har betydning for deg? (for eksempel sykdom, samlivsbrudd, nye søsken e.l.)?

.....  
.....

### Kosthold

Hvor mange måltider spiser du hver dag? .....

Spiser du frokost hver dag? .....

Spiser du niste på skolen? .....

Spiser du frukt og grønnsaker hver dag? .....

Hvor ofte spiser du godteri/sjokolade, brus, chips etc.? .....

.....





## Fritid

Hva gjør du i fritiden? .....

.....

Hvor mye tid bruker du på skjerm hver dag (TV, PC, mobil, nettbrett etc.)?

.....

### Kryss av nedenfor hvis noe av dette gjelder deg:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Jeg trives dårlig på skolen | <input type="checkbox"/> Jeg har ofte vondt i hodet                |
| <input type="checkbox"/> Jeg har få venner           | <input type="checkbox"/> Jeg har ofte vondt i magen                |
| <input type="checkbox"/> Jeg blir ertet              | <input type="checkbox"/> Jeg blir fort sliten ved fysisk aktivitet |
| <input type="checkbox"/> Jeg er ofte redd/urolig     | <input type="checkbox"/> Jeg tisser ofte på meg om natten          |
| <input type="checkbox"/> Jeg er ofte ukonsentrert    | <input type="checkbox"/> Jeg synes jeg ser dårlig                  |
| <input type="checkbox"/> Jeg sover ofte dårlig       | <input type="checkbox"/> Jeg synes jeg hører dårlig                |
| <input type="checkbox"/> Jeg er ofte lei meg         |  |

### Til foresatte:

Er barnets helsetilstand tilfredsstillende? .....

.....

Bruker barnet noen medisiner? .....

Andre opplysninger om barnets helsetilstand som skolehelsetjenesten bør kjenne til?

.....

.....

Dato: .....

Foresattes underskrift: .....



Birkenes kommune

