



Barn- och utbildningsförvaltningen

Skolsköterska Louise Söderlund, 0456-81 66 75
louise.soderlund@sbkf.se

Hälsoenkät till idrottselever

Elevers namn:	Personnummer:
Program:	

Finns hjärt-kärlsjukdomar i familjen? Ja Nej

Om ja vilken?

- Förtjockning av hjärtmuskel
- Svimningar
- Ont vid ansträngning
- Hjärtinfarkt
- Högt blodtryck

Om ja hos vem? _____

Vilken ålder på anhörig? _____

Har du själv haft besvär med:

- Ont i bröstet Ja Nej
- Ont vid ansträngning Ja Nej
- Hjärtmuskel inflammation Ja Nej
- Yrsel vid ansträngning Ja Nej
- Svimningar vid träning Ja Nej

Medicinerar du mot astma, hösnuva eller annan allergi? Ja Nej

Om ja vilka/vilken medicin tar du? _____

Har du kontakt med någon läkare angående din allergi? Ja Nej

Tar du någon annan medicin regelbundet? Ja Nej

Om ja, vilken? _____

Är det något du undrar över?
