

## HÄLSOFORMULÄR FÖR ELEVER PÅ MALMÖ IDROTTSGYMNASIUM

För att vi så fort som möjligt efter terminens start ska få veta ifall du har någon sjukdom som kan ge akuta och allvarliga besvär ber vi dig fylla i hälsoformuläret tillsammans med vårdnadshavare.

### ELEV

Efternamn	Förnamn
Personnummer (alla tio siffrorna)	Tel nr mobil
Längd (cm)	Vikt (kg)
Vilken/vilka sporter utövar du?	Antal träningstillfällen per vecka

### FÖRÄLDRAR/VÅRDNADSHAVARE

Vårdnadshavarens namn	Telefonnummer
Vårdnadshavarens namn	Telefonnummer

## HÄLSOFORMULÄR ANGÅENDE HJÄRTSYMTOM FÖR ELEVER PÅ IDROTTSPROGRAM

### Ärftlighet

#### Har föräldrar eller syskon drabbats av:

Plötslig, oväntad död (före 35 år)                    JA [ ]                    NEJ [ ]  
Tidig hjärtinfarkt, rytmrubbning, annan  
känd hjärtsjukdom (före 35 år)                    JA [ ]                    NEJ [ ]

### Sjukhistoria

#### Har du eller har du haft:

Medfött hjärtfel                    JA [ ]                    NEJ [ ]  
Opererats för hjärtfel                    JA [ ]                    NEJ [ ]  
Hjärtsäcks- eller muskelinflammation                    JA [ ]                    NEJ [ ]  
Annan hjärt- eller lungsjukdom                    JA [ ]                    NEJ [ ]  
Förhöjt blodtryck                    JA [ ]                    NEJ [ ]



Malmö stad

## Symtom

### Har du känt:

Bröstsmärtor eller obehag i bröstet vid ansträngning	JA [ ]	NEJ [ ]
Kraftig, onormal andfåddhet vid ansträngning	JA [ ]	NEJ [ ]
Känsla av hjärklappning eller hjärtrytmrubbning	JA [ ]	NEJ [ ]
Yrsel vid fysisk ansträngning	JA [ ]	NEJ [ ]
Svimning eller svimningskänsla i någon situation	JA [ ]	NEJ [ ]

Om du svarat ja på någon av frågorna ovan lämna en kompletterande beskrivning på annat papper.

## HÄLSOFORMULÄR ANGÅENDE SJUKDOMAR

### Har du:

Svår allergi som kan ge akuta allvarliga symtom	JA [ ]	NEJ [ ]
Om ja, har du akutmedicin med dig	JA [ ]	NEJ [ ]
Har du ansträngningsastma och behöver ta medicin före skolidrotten	JA [ ]	NEJ [ ]
Har du någon form av blödningssjukdom/rubbning	JA [ ]	NEJ [ ]
Har du epilepsi	JA [ ]	NEJ [ ]
Har du diabetes	JA [ ]	NEJ [ ]
Har du någon annan sjukdom som du går hos läkare för	JA [ ]	NEJ [ ]
Om ja, vilken sjukdom:		

---

---

Läkarens och klinikens namn:

---

---

Ort och datum \_\_\_\_\_

Vårdnadshavares underskrift

Elevens underskrift

Vårdnadshavares underskrift