**DEL 2: HÄLSOFORMULÄR**

Studenten överväger att tillbringa 3 månader i en värdskola och bo hos en värdfamilj utomlands. Felaktig eller ofullständig information om hans/hennes hälsa kan leda till problem under utlandsvistelsen. Blanketten måste fyllas i av elevens läkare som inte är en nära släkting till den sökande. Studentens förälder/föräldrar/vårdnadshavare bör förse läkaren med all relevant information/dokumentation om studentens sjukdomshistoria. Om svaret på någon av frågorna 3-14 är "JA", vänligen inkludera eller bifoga detaljerad information.

***Denna hälsodeklaration läggs i ett förseglat kuvert. Studenten ska ta med sig detta formulär utomlands. Kuvertet får endast öppnas av en läkare som behandlar studenten om det är medicinskt nödvändigt.***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Elevens namn: | Hemland: | Födelsedatum: |

**1**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Höjd |  | Vikt |  | Blodtryck |  | Puls |  | Andning |  |

**2** Har du noterat några avvikelser vad gäller längd, vikt (inklusive betydande minskning eller ökning under de senaste sex månaderna), blodtryck, puls eller andning? Ja Nej

Om ja, förklara:

****

Om ja, ange detaljerade uppgifter och datum (använd extra sidor om det behövs):

**4 AKNE** Ja Nej

Om ja, ange område, svårighetsgrad, eventuell medicinering, namn, dosering och frekvens:

**5 ALLERGIER** Ja Nej

Om ja, ange typ, eventuell medicinering, dosering och frekvens:

**6 ASTHMA** Ja Nej

Om ja, ange typ, svårighetsgrad, eventuell medicinering, namn, dosering och frekvens:

**7 DIABETES** Ja Nej

Om ja, ange typ, svårighetsgrad, eventuell medicinering, namn, dosering och frekvens:

**8 ANFALLSSJUKDOM** Ja Nej

Om ja, ange typ, svårighetsgrad, eventuell medicinering, namn, dosering och frekvens:



|  |
| --- |
| Om ja, förklara (använd extra sidor om det behövs) och ange om hjälpmedel, anpassningar eller särskilt stöd behövs: |

**10** Har studenten varit inlagd på sjukhus?  Ja  Nej

|  |
| --- |
| Om ja, ange datum, diagnos och resultat för varje incident. |

**11** Tar studenten för närvarande mediciner eller injektioner (andra än de som nämnts tidigare)? Ja Nej

|  |
| --- |
| Om ja, ange medicinering, orsak till användning, dosering och frekvens: |

**12** Har studenten någonsin konsulterat en neurolog, psykolog eller någon annan specialist för nervösa, känslomässiga eller ätstörningar? Ja Nej

**13** Har du tidigare haft eller uppvisar du tecken på en känslomässig, nervös eller ätstörning? Ja Nej

Om ja på antingen (12 eller 13), måste en fullständig rapport från specialisten och ett uttalande från föräldrarna om sjukdomen eller det specifika problemet bifogas. Anmärkning: Placering i en utländsk värdfamilj, skola och samhälle kräver anpassning som ofta innebär känslomässig stress. Det kommer inte att vara en tid för avkoppling eller tillfällig lindring från någon aktuell terapi. Om studenten upplever aktuella känslomässiga, fysiska, personliga eller familjemässiga svårigheter, kan dessa svårigheter allvarligt förvärras av de anpassningskrav som programmet ställer. Därför ombeds du att noggrant utvärdera studentens nuvarande eller tidigare tillstånd och behandling tillsammans med deras förmåga att hantera potentiell anpassningsångest och stress i en främmande miljö.

**14** Finns det några hälsobegränsningar eller begränsningar för studentens aktiviteter och / eller sportdeltagande eller någon medicinsk information som bör beaktas för en hem / skolplacering? Ja Nej

|  |
| --- |
| Om ja, vänligen beskriv: |

**15** Använder eleven glasögon eller kontaktlinser? Ja Nej

|  |
| --- |
| Om ja, ange linseffekten |

**16**

|  |  |
| --- | --- |
| Vilket datum hade studenten sin senaste tandläkarkontroll? |  |

Har eleven tandställning? Ja Nej

Om ja, kommer tandreglering att behövas under programmet? Ja Nej

|  |
| --- |
| Frekvens? |



|  |
| --- |
| Om annat, vänligen specificera: |

**18** Om studenten har genomgått TB-testet, vänligen ange typ: Mantoux eller Tine (ring in ett), datum och resultat (+/-):

Om positivt, gjordes en lungröntgen? Ja Nej Datum: Resultat (+/-)

Om ja, vänligen förklara (använd extra sidor om det behövs):

**Underskrifter:**

Jag, undertecknad, intygar att en grundlig fysisk undersökning av studenten har gjorts och att all viktig aktuell medicinsk information har inkluderats i hälsoformuläret, att inget relevant har utelämnats och att studenten är i stånd att resa. Jag är medveten om att utelämnande av någon information kan vara skadligt för studentens hälsovård och kan leda till att programmet avslutas i förtid.

|  |  |
| --- | --- |
| **LÄKARENS NAMN** | STÄMPEL OCH UNDERSKRIFT |
|  |  |
| **Kontaktuppgifter (adress, telefon, e-post)** | Datum |
|  |  |

Jag, undertecknad, bekräftar att informationen i denna hälsodeklaration är korrekt och fullständig och att felaktig eller ofullständig information kan vara skadlig för studentens hälsovård och kan leda till att programmet avbryts i förtid. Jag samtycker till att kuvertet med detta formulär kan lämnas ut till en läkare som behandlar mitt barn under programmet om det är medicinskt nödvändigt. Vid behov samtycker jag till att lämna all relevant information om mitt barns hälsa till värdskolan och värdfamiljen. Alla personuppgifter kommer att behandlas konfidentiellt.

|  |  |
| --- | --- |
| **ELEVENS UNDERSKRIFT** | Datum |
|  |  |
| **FÖRÄLDERS UNDERSKRIFT** | Datum |
|  |  |