



## Omfattande hälsogranskning 4 år

Barnets namn:

Hemmets språk (ett eller flera)

Personbeteckning:

Föräldrar/vårdnadshavare

Namn

Födelseid

Adress

Telefonnummer dagtid

Namn

Födelseid

Adress

Telefonnummer dagtid

Barnet bor tillsammans med

- båda föräldrar
- sin mamma
- sin pappa
- annat arrangemang, hurdant? \_\_\_\_\_

Förändringar i familjestrukturen

- inga förändringar
- separation/skilsmässa, årtal \_\_\_\_\_
- gemensam vårdnad
- ensamstående mamma/pappa (ringa in)
- nytt samboförhållande/äktenskap, årtal \_\_\_\_\_

Hur är umgänget organiserat om föräldrarna bor på skilda håll? \_\_\_\_\_

Finns det ett skriftligt umgängesavtal?  ja  nej

Har barnet syskon? (hel-, halvsyskon och/eller bonussyskon?)

- nej
- ja (namn och födelseid) \_\_\_\_\_

Övriga personer i samma familj eller hushåll

Användningen av tobaksprodukter, alkohol och andra droger i familjen

- tobak  nej  ja \_\_\_\_\_
- snus  nej  ja \_\_\_\_\_
- alkohol  nej  ja om ja antal portioner per person: \_\_\_\_\_ /månad
- narkotika  nej  ja \_\_\_\_\_

1 portion alkohol är en flaska (33 cl) öl/cider/longdrink, 12 cl vin eller 4 cl starksprit



## BARNETS HÄLSA OCH VÄLBEFINNANDE

Hurdant är barnets nuvarande hälsotillstånd?  Gott  Medelmåttigt  Dåligt

Har barnet långvariga (fysiska eller psykiska) symtom, sjukdomar eller handikapp?

nej  ja, vilka? (vårdinstans, nuvarande vård och begränsningar) \_\_\_\_\_

● allergi  nej  ja \_\_\_\_\_

● specialdiet  nej  ja \_\_\_\_\_

● medicinering  nej  ja \_\_\_\_\_

Symtom under de senaste 6 mån. sällan/aldrig 1 gång per vecka eller oftare

Huvudvärk

Magont

Koncentrationssvårigheter

Aggressivt beteende

Svårigheter att förstå tillsägelser

Trötthet

Nedstämd, ångestfylld, uppgiven

Rädslor

Annat, vad? \_\_\_\_\_

## PSYKISK HÄLSA

JA NEJ  
Fungerar i hemmiljö

Fungerar i dagvård

Fungerar i vänskapsförhållanden

Har ni förmåga att handskas med barnets känslor och beteende?

Risk för att skada sig själv eller andra

Har barnet förmåga att koncentrera sig?

Önskar familjen stöd? \_\_\_\_\_



### Inlärningssvårigheter inom

#### familjen eller hos nära släkting

	mor	far	syskon
Tal- eller språkutvecklingssvårigheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Läs- eller skrivsvårigheter under uppväxten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matematikinlärningssvårigheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svårighet vid inläring av motoriska färdigheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ätstörningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koncentrationssvårigheter och/eller överaktivitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### HÄLSOVANOR

#### Vårt barn

- har svårt att somna  ja  nej
  - sover \_\_\_\_\_ timmar/dag
  - rör på sig dagligen cirka \_\_\_\_\_ timmar/dag
  - skärmtid i snitt \_\_\_\_\_ timmar/dag (TV, dator, spelkonsoler, telefon, osv.)
- Vet ni vad barnet sysslar med vid datorn?  ja  nej

#### Barnets måltider

##### på vardagar

##### under veckoslut

- regelbundet
- varierad kost
- ensidig kost
- mjölk och/eller mjölkprodukter  ja  nej
- D-vitamin  ja  nej

##### aldrig/sällan/1-2 ggr per vecka

##### dagligen/flera ggr per vecka

Chips, söt dryck, kakor och godis

Mjölkrekommendationerna för barn är 5-6 dl mjölkprodukter per dag.

Den rekommenderade dosen D-vitamintillskott är 10 mikrogram/dag.



### TOALETTVANOR

Symtom under de senaste 6 mån.	sällan/aldrig	1–flera ggr per vecka
Våt dagtid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Våt nattetid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bajsar ner sig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Förstoppning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### TALET

	ja	nej	
Är ni oroliga över barnets språkutveckling?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Har barnet svårigheter att uttrycka sig/otydligt tal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Förstår andra än familjen barnets prat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Har barnet problem med uttalet? (r, s, k...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	vad? _____
Förstår barnet uppmaningar i två led? (t.ex. "hämta muggen och sätt den på bordet")	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kan barnet uttrycka olika känslor och tankar språkligt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Är barnet intresserat av att lyssna på sagor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### ÖNSKEMÅL

Önskemål som gäller hälsoundersökningen:
