

Förfrågan då barnet är 4 år

Vi ber er i egenskap av vårdnadshavare som känner barnet bäst, att svara på några frågor angående barnets utveckling, familjens växelverkan och krafter. Ni kan diskutera saker som berör er familj mer ingående med hälsovårdaren och läkaren.

Barnets namn och födelsetid:

- | | |
|---|---|
| Barnet bor | Förändringar i familjestrukturen |
| <input type="checkbox"/> med båda föräldrarna | <input type="checkbox"/> inga förändringar |
| <input type="checkbox"/> med mamma | <input type="checkbox"/> skilsmässa/separation år ____ |
| <input type="checkbox"/> med pappa | <input type="checkbox"/> gemensam vårdnad |
| <input type="checkbox"/> nytt samboskap/äktenskap år ____ | <input type="checkbox"/> ensamförsörjare mamma/pappa (ringa in) |
| <input type="checkbox"/> något annat, vad | |

Barnets vårdnad ifall föräldrarna separerat

Har barnet syskon?

nej ja, födelseår: _____

Andra familjemedlemmar eller personer som hör till samma hushåll? _____

Dagvård:

() hemma () hos familjedagvårdare () i daghem, var _____

() i gruppfamiljedagvård () i klubb

Hur trivs barnet i dagvården, tycker barnet om att gå till dagvården?

BARNETS HÄLSA OCH VÄLMÅENDE

Hur bedömer ni barnets nuvarande hälsotillstånd? bra medelmåttigt dåligt

Har barnet någon långvarig (fysisk eller psykisk) sjukdom eller skada?

nej ja, vilken? _____

Vårdinstans och nuvarande vård samt begränsningar: _____

Har barnet regelbunden medicinering? _____

allergi nej ja _____

specialdiet nej ja _____

Har barnet upprepade gånger under det senaste året uppvisat?

| | ja | nej |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| trötthet eller sömnproblem | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ängslighet eller spänningar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| våld, aggressivitet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| rastlöshet, koncentrationssvårigheter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| rädslor, ångest | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| nedstämdhet, tillbakadragenhet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| andra symptom, besvär, smärtor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| olyckshändelse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



Hälsövanor

Ätande; barnet kan övar sig behöver stöd
 Äter mångsidigt () () ()
 Äter huvudsakligen prydligt () () ()

Intag av mjölkprodukter () mjölk eller mjölkdryck () barnet dricker inte mjölk
 () andra mjölkprodukter, vilka _____

D-vitamintillskott () i användning () inte i användning

På/avklädning och prydighet; barnet kan övar sig behöver stöd
 Klär huvudsakligen på och av sig själv () () ()
 Går självständigt på wc () () ()

Kissar barnet ner sig () nej () dagtid () nattetid hur ofta? _____
 Bajsar barnet ner sig () nej () ja hur ofta? _____

Kvällsrutiner, läggdagsid, insomning och sömnens kvalitet: _____

Motion och friluftsliv: _____

Förmåga till växelverkan

| Barnet | kan | övar sig | behöver stöd |
|--------------------------------|-----|----------|--------------|
| Uttrycker sina känslor med ord | () | () | () |
| Kan vänta en stund på sin tur | () | () | () |
| Kan ta andra barn i beaktande | () | () | () |
| Leker gärna med andra barn | () | () | () |
| Leker leken till slut | () | () | () |
| Leker någon sorts rollekar | () | () | () |
| Förstår vanligt tal | () | () | () |
| Talar i tydliga meningar | () | () | () |
| Orkar höra på sagor | () | () | () |

Hur skulle du beskriva ditt barn? _____

Hur kommer ert barn överens med sina syskon / andra barn? Kompisrelationer? _____

Hurudana lekar tycker ert barn om? Vad är barnet särskilt intresserat av?

Hur mycket tid tillbringar barnet framför en skärm om dagen? Hurudana regler/anvisningar har ni angående skärmtid? _____



FAMILJENS VARDAG

Har er familj tillräckligt med tid tillsammans?

ja

nej

Hur spenderar ni den tiden? _____

I vår familj brukar vi:

ja

nej

uppmuntra och ge positiv feedback

dela på hushållsarbetet

alla känna oss trygga och i allmänhet råder en harmonisk stämning

berätta om dagens händelser

dagligen äta en gemensam måltid

Hur brukar ni i er familj lösa situationer då barnet har brutit mot överenskomna regler eller uppför sig dåligt:

Upplever ni att ni behöver stöd i ärenden som gäller fostran av barnet?

nej ja, hurudant stöd? _____

Vi får redan stöd/Vi har tidigare fått stöd, varifrån?

Alla familjens bekymmer, allt som tär på krafterna och förändringar påverkar barnets välmående.

Finns det i er familj?

ja

nej

långtidssjukdom (fysisk eller psykisk)

svårigheter att orka, utbrändhet eller depression

otrygghet eller våldsamhet

rusmedelsproblem eller -beroende

problem i relationerna mellan familjemedlemmar

ekonomiska bekymmer

sorg eller förlust

något annat aktuellt, vad? _____

Vem hjälper er vid behov att få familjens vardag att löpa?

mor/farföräldrar ex-gemålen grannar vänner andra jag/vi får inte hjälp av någon

Vår familjs starka sidor: _____

På vilka sätt gör barnet er glada?

Önskemål gällande hälsokontrollen:

Blanketten fylldes i av () mamma () pappa () båda () någon annan, vem; _____

datum ____/____20____

Tack!