

Basuppgifter om barnet och familjen

Barnets förnamn	Barnets efternamn
Barnets personbeteckning	Barnets modersmål
Andra språk som talas i familjen ☐ finska ☐ svenska ☐ samiska ☐ annat, vad (behov av tolk)? _____	

Uppgifter om föräldrarna/vårdnadshavarna

Förnamn	Efternamn
Telefonnummer där man kan nås dagtid	
Förnamn	Efternamn
Telefonnummer där man kan nås dagtid	

Barnets familj

Barnet bor	
☐ enbart med båda föräldrarna	☐ sporadiskt med den ena föräldern
☐ huvudsakligen med den ena föräldern	☐ inte alls med den ena föräldern
☐ till hälften med den ena föräldern	☐ annat boendearrangemang
Vem har vårdnaden om barnet?	
Förändringar i familjestrukturen	
☐ inga ändringar	☐ annat, vad? _____
☐ separation/skilsmässa	
☐ nytt samboförhållande/äktenskap	
Arrangemang för umgänge och växelvist boende när föräldrarna bor separat	
Har ert barn biologiska syskon?	Har ert barn andra syskon?
☐ Nej ☐ Ja, hur många? _____	☐ Nej ☐ Ja, hur många? _____
Syskonens namn och födelseår	
Övriga personer som ingår i familjen eller samma hushåll	

Småbarnspedagogik

Deltar ditt barn i småbarnspedagogiken?			
☐ nej	☐ ja, var?	☐ i daghemsverksamhet	☐ i familjedagvård
		☐ i gruppfamiljedagvård	☐ annat arrangemang
Hur många timmar per dag/vecka deltar barnet i småbarnspedagogiken?			

Barnets hälsa och välfärd

Är du orolig för ditt barns hälsotillstånd? ☐ Nej ☐ Ja, varför? _____											
Har ert barn något långvarigt symtom, någon långvarig sjukdom eller skada? ☐ Nej ☐ Ja, vad? _____											
Använder ert barn något läkemedel kontinuerligt eller sporadiskt? ☐ Nej ☐ Ja, vad? _____											
Har ert barn allergier? ☐ Nej ☐ Ja, vilken? _____											
Har ert barn specialdiet? ☐ Nej ☐ Ja, vilken av följande? <table border="0"><tr><td>☐ laktosfri eller laktosfattig kost</td><td>☐ kost för spannmålsallergiker</td></tr><tr><td>☐ glutenfri kost</td><td>☐ kost för mjölkallergiker</td></tr><tr><td>☐ vegetarisk kost med mjölkprodukter och/eller ägg</td><td>☐ annan kost vid födoämnesallergier</td></tr><tr><td>☐ vegetarisk kost med fisk</td><td>☐ annan specialkost</td></tr><tr><td>☐ vegankost</td><td></td></tr></table>		☐ laktosfri eller laktosfattig kost	☐ kost för spannmålsallergiker	☐ glutenfri kost	☐ kost för mjölkallergiker	☐ vegetarisk kost med mjölkprodukter och/eller ägg	☐ annan kost vid födoämnesallergier	☐ vegetarisk kost med fisk	☐ annan specialkost	☐ vegankost	
☐ laktosfri eller laktosfattig kost	☐ kost för spannmålsallergiker										
☐ glutenfri kost	☐ kost för mjölkallergiker										
☐ vegetarisk kost med mjölkprodukter och/eller ägg	☐ annan kost vid födoämnesallergier										
☐ vegetarisk kost med fisk	☐ annan specialkost										
☐ vegankost											
Om ditt barn har en diagnostiserad sjukdom, var genomförs behandlingen av den? _____											
Har ditt barn upprepade gånger haft något av följande symtom <table border="0"><tr><td>☐ magbesvär/förstoppning</td><td>☐ långvarig snuva (över 2 mån.)</td></tr><tr><td>☐ eksem</td><td>☐ äter på natten</td></tr><tr><td>☐ långvarig hosta (över 2 mån.)</td><td>☐ andra symtom, besvär eller smärtor</td></tr></table>		☐ magbesvär/förstoppning	☐ långvarig snuva (över 2 mån.)	☐ eksem	☐ äter på natten	☐ långvarig hosta (över 2 mån.)	☐ andra symtom, besvär eller smärtor				
☐ magbesvär/förstoppning	☐ långvarig snuva (över 2 mån.)										
☐ eksem	☐ äter på natten										
☐ långvarig hosta (över 2 mån.)	☐ andra symtom, besvär eller smärtor										
Har ert barn varit med om en olycka som krävt besök på en läkar-, hälsovårdar- eller sjukskötarmottagning? ☐ Nej ☐ Ja, vilken? _____											
Tycker du att ditt hem är tryggt för barn? ☐ Ja ☐ Nej											
Tycker du att miljön runt ditt hem är trygg för barn? ☐ Ja ☐ Nej											
Vilka eventuella säkerhetsrisker har du observerat i ditt barns livsmiljö? _____											
Beskriv ditt barns karaktär: _____ _____											
Är du orolig för något i ditt barns beteende? ☐ Nej ☐ Ja, vad? _____											

Förälderns/vårdnadshavarens syn på barnets utveckling

Går ditt barn flera steg utan stöd? ☐ Ja ☐ Nej	Pekar ditt barn ett namngivet föremål på en bild? ☐ Ja ☐ Nej
Säger ditt barn flera ord? ☐ Ja ☐ Nej	Äter ditt barn ganska bra med sked? ☐ Ja ☐ Nej
Har någon i er familj eller någon nära släkting (föräldrar, mor- och farföräldrar, biologiska syskon) sjukdomar, försenad utveckling eller inlärningssvårigheter? ☐ Nej ☐ Ja, vad och vem? _____	

Barnets och familjens hälsovanor

Mitt barns sömnrytm passar in i vår familjs vardag ☐ Ja ☐ Nej	Mitt barn sover oftast hela natten utan att vakna ☐ Ja ☐ Nej
Mitt barn somnar oftast lätt ☐ Ja ☐ Nej	Sover ditt barn dagssömn? ☐ Ja ☐ Nej
Belastas familjens vardag av något som gäller ditt barns sömn? ☐ Nej ☐ Ja, vad? _____	
Hur många timmar vistas ditt barn utomhus dagligen?	
Särskilda observationer om barnets fysiska aktivitet och utomhusvistelse	
Vår familj motionerar ☐ dagligen ☐ mer sällan än varje vecka ☐ några gånger i veckan ☐ inte alls	

Barnets måltider och kost

Nationella näringsrekommendationerna

Mitt barn äter i regel ☐ frukost ☐ lunch ☐ mellanmål på eftermiddagen	☐ middag ☐ kvällsmål
Ert barns kost innehåller ☐ mjölk och/eller mjölkprodukter ☐ grönsaker, frukt och bär	☐ kött ☐ fisk
Får ditt barn D-vitamintillskott ☐ dagligen ☐ sporadiskt	☐ inte alls
Om ni vill kan ni berätta mer om kosten och matvanorna. 	

Familjens kost

Vår familjs kost är ☐ blandkost ☐ vegetarisk kost ☐ annan kost _____
Äter familjen tillsammans?
Småäter ni i er familj dagligen/varje vecka?
Hur unnar ni er godsaker i er familj?
Vad är bra med familjens matvanor?
Vad behöver utvecklas i familjens matvanor?

Barnets munhälsa

Mitt barns tänder borstas	
☐ 2 gånger per dag eller oftare	☐ mer sällan än en gång per dag
☐ en gång per dag	☐ aldrig
Borstas barnets tänder med fluortandkräm?	Har barnet genomgått en undersökning vid munhälsovården?
☐ Ja ☐ Nej	

Medieanvändning

Rekommendation om små barn och skärmtid

Om ditt barn dagligen tillbringar tid framför en skärm (smarttelefon, dator, spelkonsoler, TV osv.), i vilka situationer sker detta?	
☐ vid måltider	☐ som belöning för något
☐ när barnet ska lugna ner sig	☐ annat, vad?
Om ditt barn tillbringar tid vid en skärm varje dag, hur många timmar uppskattar du att det rör sig om per dag?	

Användning av tobaksprodukter och rusmedel bland de vuxna i familjen

Rådgivningens blankett för alkohol- och drogscreening

Användning av nikotinpreparat: sammanfattning av vad, hur många/dag?
Alkohol: Poäng i AUDIT-testet (båda/alla föräldrar)
Droger och läkemedel: sammanfattning av vad, hur mycket?
Exponeras ditt barn för tobaksrök?
☐ dagligen ☐ sporadiskt ☐ aldrig

Uppgifter om familjens välbefinnande

Har er familj tillräckligt med tid tillsammans?	
☐ Ja ☐ Nej	
Hur brukar ni tillbringa tid tillsammans i er familj?	
I vår familj	
☐ brukar vi uppmuntra och ge positiv respons	☐ brukar vi berätta om dagens händelser
☐ delar vi på hushållsarbetet	☐ har vi kommit överens om reglerna tillsammans
☐ känner alla sig trygga och i allmänhet är atmosfären harmonisk	☐ har vi en gemensam matstund dagligen
Upplever ni att ni behöver stöd i frågor som gäller barnets uppfostran eller familjens vardag?	
☐ ja, hurdant?	
☐ nej	
☐ vi får redan stöd, hurdant och av vem?	
☐ vi har fått stöd tidigare, hurdant och av vem?	

Bekymmer eller resurskrävande förändringar i familjen som påverkar barnets välfärd

Vår familj är drabbad av

☐ kroniska sjukdomar (fysiska/psykiska)

☐ svårigheter att orka, utmattning
eller depression

☐ otrygghet eller våld

☐ missbruksproblem eller beroende

☐ ekonomiska bekymmer

☐ sorg eller förlust

☐ något annat aktuellt

☐ inget av de ovan nämnda

Om ni vill kan ni berätta mer här

Av vem får ni vid behov stöd för att få familjens vardag att rulla?

☐ mor- och farföräldrar

☐ före detta make/maka

☐ grannar

☐ vänner

☐ andra

☐ ingen

Om ni vill kan ni berätta mer här

Vad är du glad över när det gäller ditt barn?

Vilka styrkor har er familj?

Vilka önskemål har ni om hälsoundersökningen?

Följande personer har deltagit i ifyllandet av blanketten