

Basuppgifter om barnet och familjen

Barnets förnamn	Barnets efternamn
Barnets personbeteckning	Barnets modersmål
Andra språk som talas i familjen	
Kontaktspråk <input type="checkbox"/> finska <input type="checkbox"/> svenska <input type="checkbox"/> samiska <input type="checkbox"/> 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	
<input type="checkbox"/> enbart med båda föräldrarna	<input type="checkbox"/> sporadiskt med den ena föräldern
<input type="checkbox"/> huvudsakligen med den ena föräldern	<input type="checkbox"/> inte alls med den ena föräldern
<input type="checkbox"/> till hälften med den ena föräldern	<input type="checkbox"/> annat boendearrangemang
Vem har vårdnaden om barnet?	
Förändringar i familjestrukturen	
<input type="checkbox"/> inga ändringar	<input type="checkbox"/> annat, vad? _____
<input type="checkbox"/> separation/skilsmässa	_____
<input type="checkbox"/> nytt samboförhållande/äktenskap	_____
Arrangemang för umgänge och växelvist boende när föräldrarna bor separat	
Har ert barn biologiska syskon?	Har ert barn andra syskon?
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, hur många? _____	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, hur många? _____
Syskonens namn och födelseår	
Övriga personer som ingår i familjen eller samma hushåll	

Barnets hälsa och välfärd

Hurdant är ditt barns hälsotillstånd? <input type="checkbox"/> bra <input type="checkbox"/> måttligt <input type="checkbox"/> dåligt
Har ert barn något långvarigt symtom, någon långvarig sjukdom eller skada? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, vad? _____
Använder ert barn något läkemedel kontinuerligt eller sporadiskt? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, vad? _____
Har någon i er familj eller någon nära släkting (föräldrar, mor- och farföräldrar, biologiska syskon) sjukdomar, försenad utveckling eller inlärningssvårigheter? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, vad och vem? _____
Har ert barn varit med om en olycka som krävt besök på en läkar-, hälsovårdar- eller sjukskötarmottagning? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, vilken? _____
Tycker du att ditt hem är tryggt för barn? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Tycker du att miljön runt ditt hem är trygg för barn? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Är du orolig för något i ditt barns beteende? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, vad?

Barnets och familjens hälsovanor

Mitt barn sover bra och tillräckligt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Mitt barns sömn har redan en rytm i förhållande tiden barnet är vaket <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Mitt barn somnar oftast lätt när det ska sova <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Motionerar er familj <input type="checkbox"/> dagligen <input type="checkbox"/> några gånger i veckan	<input type="checkbox"/> mer sällan än varje vecka <input type="checkbox"/> inte alls

Amning och D-vitamin

Får ditt barn bröstmjölk? <input type="checkbox"/> helammas <input type="checkbox"/> delammas <input type="checkbox"/> ammas inte <input type="checkbox"/> ingen uppgift
Om ditt barn delammas eller inte ammas alls, vilken modersmjölksersättning får barnet?
Får ditt barn D-vitaminskott <input type="checkbox"/> dagligen <input type="checkbox"/> sporadiskt <input type="checkbox"/> inte alls

Familjens kost

Vår familjs kost är <input type="checkbox"/> blandkost <input type="checkbox"/> vegetarisk kost <input type="checkbox"/> annan kost _____
Vad är bra med familjens matvanor?
Vad behöver utvecklas i familjens matvanor?

Barnets munhälsa

Barnets munhälsa är

god måttlig dålig

Använder barnet napp

Ja Nej

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

Hur brukar ni tillbringa tid tillsammans i er familj?

I vår familj

brukar vi uppmuntra och ge positiv respons har vi kommit överens om reglerna tillsammans
 känner alla sig trygga och i allmänhet är atmosfären harmonisk har vi en gemensam matstund dagligen
 brukar vi berätta om dagens händelser

Upplever ni att ni behöver stöd i frågor som gäller barnets uppfostran eller familjens vardag?

ja

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

Har det nyligen skett förändringar i er familjs vardag som påverkar familjens resurser och orsakar bekymmer?

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 vänner
 före detta make/maka andra
 grannar 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