

Basuppgifter om barnet och familjen

Barnets förnamn	Barnets efternamn
Barnets personbeteckning	Barnets modersmål
Andra språk som talas i familjen <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? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, hur många? _____	Har ert barn andra syskon? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, hur många? _____
Syskonens namn och födelseår	
Övriga personer som ingår i familjen eller samma hushåll	

Småbarnspedagogik

Deltar ditt barn i småbarnspedagogiken? <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja, var? <input type="checkbox"/> i daghemsverksamhet <input type="checkbox"/> i familjedagvård <input type="checkbox"/> i gruppfamiljedagvård <input type="checkbox"/> annat arrangemang	
Hur många timmar per dag/vecka deltar barnet i småbarnspedagogiken?	

Barnets hälsa och välfärd

Är du orolig för ditt barns hälsotillstånd? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, varför? _____
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 ert barn allergier? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, vilken? _____
Har ert barn specialdiet? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, vilken av följande? <input type="checkbox"/> laktosfri eller laktosfattig kost <input type="checkbox"/> kost för spannmålsallergiker <input type="checkbox"/> glutenfri kost <input type="checkbox"/> kost för mjölkallergiker <input type="checkbox"/> vegetarisk kost med mjölkprodukter och/eller ägg <input type="checkbox"/> annan kost vid födoämnesallergier <input type="checkbox"/> vegetarisk kost med fisk <input type="checkbox"/> annan specialkost <input type="checkbox"/> vegankost
Om ditt barn har en diagnostiserad sjukdom, var genomförs behandlingen av den? _____
Har ditt barn upprepade gånger haft något av följande symtom <input type="checkbox"/> magbesvär/förstoppning <input type="checkbox"/> långvarig snuva (över 2 mån.) <input type="checkbox"/> eksem <input type="checkbox"/> andra symtom, besvär eller smärtor <input type="checkbox"/> långvarig hosta (över 2 mån.)
Har ert barn varit med om en olycka som krävt besök på en läkar-, hälsovårdar- eller sjuksköttarmottagning? <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
Vilka eventuella säkerhetsrisker har du observerat i ditt barns livsmiljö? _____
Beskriv ditt barns karaktär: _____
Är du orolig för något i ditt barns beteende? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, vad? _____

Förälderns/vårdnadshavarens syn på barnets utveckling

Rör sig ditt barn gärna genom att gå, springa eller glatt hoppa fram? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Leker ditt barn gärna olika lekar? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Hurdana lekar leker ditt barn och med vem? _____	
Talar ditt barn tydligt och begripligt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Läser ni böcker med ert barn? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Familjens kost

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

Barnets munhälsa

Mitt barns tänder borstas	
<input type="checkbox"/> 2 gånger per dag eller oftare	<input type="checkbox"/> mer sällan än en gång per dag
<input type="checkbox"/> en gång per dag	<input type="checkbox"/> aldrig
Borstas barnets tänder med fluortandkräm?	Använder ditt barn xylitolprodukter?
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har ditt barn genomgått en undersökning vid munhälsovården under det senaste året?	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

Medieanvändning

Rekommendationen Små barn och skärmtid

Om ditt barn dagligen tillbringar tid framför en skärm (smarttelefon, dator, spelkonsoler, TV osv.), i vilka situationer sker detta?	
<input type="checkbox"/> vid måltider	<input type="checkbox"/> som belöning för något
<input type="checkbox"/> när barnet ska lugna ner sig	<input type="checkbox"/> annat, vad? _____
Om ditt barn tillbringar tid vid en skärm varje dag, hur mycket tid 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?
<input type="checkbox"/> dagligen <input type="checkbox"/> sporadiskt <input type="checkbox"/> 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

reder vi ut konfliktsituationer

delar vi på hushållsarbetet

brukar vi berätta om dagens händelser

känner alla sig trygga och i allmänhet är atmosfären harmonisk

har vi kommit överens om reglerna tillsammans

uttrycker vi känslor i ord

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)

ekonomiska bekymmer

svårigheter att orka, utmattning eller depression

sorg eller förlust

otrygghet eller våld

något annat aktuellt

missbruksproblem eller beroende

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

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