



## HÄLSOENKÄT TILL 4-ÅRINGARNAS FÖRÄLDRAR

Bästa föräldrar, vi ber er fylla i blanketten inför 4-årskontrollen av ert barn och ta med den till rådgivningen inför hälsovårdarkontrollen.

<b>Barnets och familjens basuppgifter</b>	Barnets namn				
	Gatuadress	Postnummer och -anstalt			
	Familjeform <input type="checkbox"/> sambo/äktenskap <input type="checkbox"/> delad omvårdnad <input type="checkbox"/> ensamförsörjare, vem				
	Förändringar i föräldrarnas familjeförhållanden/vårdnadshavarskap (t.ex. skilsmässa, nyfamilj, förälders bortgång)				
	Förälder eller annan vårdnadshavare	Telefon dagtid			
	Förälder eller annan vårdnadshavare	Telefon dagtid			
<b>Information om barnets dagvård</b>	Barnets dagvårdsarrangemang (klubb eller daghem, när har barnet börjat där)				
<b>Sjukdomar och inlärnings-svårigheter i familjen och den närmaste släkten</b>	Sjukdomar i den närmaste släkten <input type="checkbox"/> höga kolesterolvärden <input type="checkbox"/> kranskärllssjukdom				
	Familjemedlemmars sjukdomar <input type="checkbox"/> allergisk snuva <input type="checkbox"/> skelning <input type="checkbox"/> depression <input type="checkbox"/> astma <input type="checkbox"/> koncentrationssvårigheter/hyperaktivitet <input type="checkbox"/> förlösningsdepression <input type="checkbox"/> atopiskt eksem <input type="checkbox"/> hörselskada <input type="checkbox"/> annan psykisk sjukdom <input type="checkbox"/> diabetes av typ 1 <input type="checkbox"/> amblyopi (nedsatt synskärpa) <input type="checkbox"/> ätstörning <input type="checkbox"/> diabetes av typ 2 <input type="checkbox"/> ärftlig ögonsjukdom <input type="checkbox"/> rörelsenedsättande sjukdom				
	Inlärnings-svårigheter i familjen <input type="checkbox"/> läs- och/eller skrivsvårigheter <input type="checkbox"/> svårigheter i matematik <input type="checkbox"/> talsvårigheter och störd språkutveckling <input type="checkbox"/> försvärad eller långsam inläring av motoriska färdigheter				
<b>Barnets hälsotillstånd</b>	Föräldrarnas bedömning av barnets hälsotillstånd <input type="checkbox"/> mycket gott <input type="checkbox"/> ganska gott <input type="checkbox"/> medelmåttigt <input type="checkbox"/> ganska dåligt <input type="checkbox"/> dåligt				
	Har barnet eksem <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nej				
	Har ert barn råkat ut för någon olycka som krävt läkar- eller sjukhusvård under de senaste 12 månaderna <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja, vad				
	Har ert barn under det senaste halvåret uppvisat något av symtomen nedan/haft någon av nedanstående infektionssjukdomar				
		nej    ja    nej    ja			
	Upprepad snuva, flunsa, hosta	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
	Bronkit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
	Lunginflammation	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
	Halsfluss	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
	Laryngit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Har ert barn haft vattkoppor <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja	Annan information om ert barns hälsotillstånd				
Har ert barn haft något av följande symtom					
	Sällan eller aldrig	Ungefär en gång i månaden	Ungefär en gång i veckan	Mer än en gång i veckan	Nästan varje dag
Huvudvärk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magbesvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retlighet, raseriutbrott	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koncentrationssvårigheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trots	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Våldamt/störande beteende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svårigheter att somna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trötthet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aptitlöshet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blyghet eller spändhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaken nattetid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rädsla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kissar på sig dagtid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sängvätning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klottar eller spiller ner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Förstoppning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svårt att förstå anvisningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Barnets hälsotillstånd</b>	Har ert barn någon långvarig sjukdom eller något handikapp <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> Ja, vad																																																						
	Var får barnet vård																																																						
	Medicinering																																																						
	Allergier																																																						
<b>Barnets karaktärsdrag och starka sidor</b>	Föräldrarnas bedömning av barnets karaktärsdrag																																																						
	Barnets styrkor																																																						
<b>Barnets och familjens hälsovanor</b>	Får barnet D-vitaminskott <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> en gång i veckan eller mer sällan <input type="checkbox"/> 2 -5 dagar i veckan <input type="checkbox"/> varje dag																																																						
	Barnet äter varje dag <input type="checkbox"/> morgonmål <input type="checkbox"/> lunch <input type="checkbox"/> mellanmål <input type="checkbox"/> middag <input type="checkbox"/> kvällsmål																																																						
	Vilken slags mjölk dricker ert barn <input type="checkbox"/> fettfri mjölk <input type="checkbox"/> ettans mjölk <input type="checkbox"/> lättmjölk <input type="checkbox"/> konsumtionsmjölk <input type="checkbox"/> ingen mjölk alls																																																						
	Vilken slags smörgåsfett använder ni i ert hem <input type="checkbox"/> margarin <input type="checkbox"/> lättmargarin <input type="checkbox"/> smör <input type="checkbox"/> inget alls																																																						
	Hur ofta äter ert barn <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td></td> <td style="text-align:center;">inte alls</td> <td style="text-align:center;">en gång om dagen eller mer sällan</td> <td style="text-align:center;">2 gånger om dagen</td> <td style="text-align:center;">3 gånger om dagen eller oftare</td> <td style="text-align:center;">flera gånger om dagen</td> </tr> <tr> <td>Grönsaker</td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Frukt</td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Fullkornsprodukter</td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Fisk</td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sötsaker</td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Läskedrycker/sockrad saft</td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Salta snacks (bl.a. chips)</td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Snabbmat (bl.a. hamburgare)</td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align:center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		inte alls	en gång om dagen eller mer sällan	2 gånger om dagen	3 gånger om dagen eller oftare	flera gånger om dagen	Grönsaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Frukt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Fullkornsprodukter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Fisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Sötsaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Läskedrycker/sockrad saft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Salta snacks (bl.a. chips)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Snabbmat (bl.a. hamburgare)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		inte alls	en gång om dagen eller mer sällan	2 gånger om dagen	3 gånger om dagen eller oftare	flera gånger om dagen																																																	
	Grönsaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
	Frukt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
	Fullkornsprodukter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
	Fisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
	Sötsaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
	Läskedrycker/sockrad saft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																	
	Salta snacks (bl.a. chips)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																	
	Snabbmat (bl.a. hamburgare)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																	
	Vad dricker ert barn när det är törstigt <input type="checkbox"/> vatten <input type="checkbox"/> mjölk <input type="checkbox"/> saft <input type="checkbox"/> sockrade läskedrycker <input type="checkbox"/> sötade läskedrycker																																																						
	Hur många gånger i veckan äter ni tillsammans under vardagskvällar <input type="checkbox"/> dagligen <input type="checkbox"/> några gånger i veckan <input type="checkbox"/> en gång i veckan <input type="checkbox"/> inte alls																																																						
	Nattsömnens längd, timmar i dygnet																																																						
	Hur många timmar i dygnet tittar barnet på tv eller använder barnet dator vardagar: tim./dygn      veckoslut: tim./dygn																																																						
	Dagsömn <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja																																																						
	Utevistelse, lek utomhus minst 2 timmar/dygn <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja																																																						
Utsätts barnet för tobaksrök inomhus <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja      Hur lång tid utsätts barnet för rök: tim./dygn																																																							
Tandborstning <input type="checkbox"/> minst 2 gånger/dygn <input type="checkbox"/> 1 gång i dygnet <input type="checkbox"/> mer sällan																																																							
Användning av fluortandkräm <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja																																																							
Användning av xylitolprodukter <input type="checkbox"/> varje dag <input type="checkbox"/> några gånger i veckan <input type="checkbox"/> en gång i veckan <input type="checkbox"/> inte alls																																																							
Förekommer det mobbning eller våld i er familj <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja																																																							
<b>Datum och underskrift</b>	Ort och datum																																																						
	Vårdnadshavarens namnteckning																																																						
	Namnet förtydligat																																																						