



Mellersta Österbottens social- och  
hälsovårdssamkommun

Mellersta Österbottens social- och hälsovårdssamkommun Soite

## **Frågeformulär för föräldrar inför mottagning/undersökningsperiod**

Polikliniken för barn och unga

Syftet med detta frågeformulär är att samla information om ert barns utveckling och om vardagen. Informationen hjälper att planera stödåtgärder för ert barn tillsammans med er, föräldrarna, under den kommande mottagningen/undersökningsperioden. Om ni inte kan besvara någon fråga, kan vi fundera på den tillsammans. Om ni vill, kan ni också fundera på formulärens frågor med någon person som känner ert barn väl. Kom ihåg att ta blanketten med er till mottagningen/undersökningsperioden.

### **Förhandsuppgifter**

Barnets namn:

Personbeteckning:

Familjemedlemmarna:

Personerna som är viktiga för barnet:

Rådgivningen/hälsovårdaren:

Skolan/daghemmet:

Är ert barn på daghem

på heldid

eller på deltid

Hur många dagar per månad:

### **Tidiga förhandsuppgifter**

Uppgifter om graviditetstiden

inga problem

problem, hurdana:

Förlossning

graviditetsvecka:

normal förlossning

igångsatt

kejsarsnitt

Den nyföddas

vikt:

längd:

huvudomfång:

apgar-poängen:

Barnet

kom till samvård

har övervakats/vårdats på de nyföddas intensivvårdsavdelning

fick syrgasbehandling

ljusbehandling

Annan specialbehandling:

Amning:

## **Barnets utveckling**

Barnets tidiga utvecklingsfaser (ta rådgivningskortet med er till mottagningen/undersökningsperioden)

Ger ifrån sig ljud (månad):

Går utan stöd (månad):

Går med hjälp av stöd (månad):

Säger ett ord med betydelse (månad):

Första meningar (månad):

**Vilka terapier/handledningar pågår, terapeuten, datumet då vården avslutats, var terapin har genomförts, aktören som ansvarat för habiliteringen (Fpa/hälsovårdscentralen)**

Fysioterapi (gångar per vecka):

namn:

Talterapi (gångar per vecka):

namn:

Ergoterapi (gångar per vecka):

namn:

Musikterapi (gångar per vecka):

namn:

Annan (t.ex. psykolog) (gångar per vecka):

namn:

## **Förmåner**

Handikapp bidrag

med grundbelopp

med förhöjt belopp

med högsta belopp

gäller till:

Stöd för närståendevård (gäller till):

Habiliteringsplan (gäller till):

Anpassningsträningsskurser ni varit på:

Hur syns nyttan av terapin i vardagen:

Kost och allergier:

Medicinering:

Epileptiska anfall (när, hurudana):

Syn och hörsel:

Övriga sjukdomar:

Förekommer det ärftliga sjukdomar i er släkt:

## Dagliga sysslor

Vilka är barnets styrkor/källor till tillfredsställelse och källor till glädje:

Vad är viktigt för er familj:

Hur lyckas klienten med att:

Äta:

- fullständigt hjälplös
- behöver hjälp/stöd
- behöver verbal hand-ledning
- självständig

hjälpmedel:



Gå på toaletten:

- fullständigt hjälplös
- behöver hjälp/stöd
- behöver verbal hand-ledning
- självständig

hjälpmedel:

Klä på sig:

- fullständigt hjälplös
- behöver hjälp/stöd
- behöver verbal hand-ledning
- självständig

hjälpmedel:

Tvätta sig:

- fullständigt hjälplös
- behöver hjälp/stöd
- behöver verbal hand-ledning
- självständig

hjälpmedel:

Röra på sig:

- fullständigt hjälplös
- behöver hjälp/stöd
- behöver verbal hand-ledning
- självständig

hjälpmedel:

Tala:

- fullständigt hjälplös
- behöver hjälp/stöd
- behöver verbal hand-ledning
- självständig

hjälpmedel:

Förstå tal:

- fullständigt hjälplös
- behöver hjälp/stöd
- behöver verbal hand-ledning
- självständig

hjälpmedel:

Delta i fritidsaktiviteter:

- fullständigt hjälplös
- behöver hjälp/stöd
- behöver verbal hand-ledning
- självständig

hjälpmedel:

Annat (till exempel glasögon, hörapparater):

- fullständigt hjälplös
- behöver hjälp/stöd
- behöver verbal hand-ledning
- självständig

hjälpmedel:

Nattsömn (klockslaget när den börjar - klockslaget när den slutar):

Dagssömn (klockslaget när den börjar - klockslaget när den slutar):

Sover barnet lugnt

ja

nej

Vaknar hen under sömnen

ja

nej

### **Rörelse**

Beskriv hur ert barn rör sig (bl.a. gående, springande, gående i trappor:

Rör barnet sig tryggt i olika miljöer (sinne för fara):

Kan ert barn gunga, klättra, cykla, åka skridskor, åka skidor:

Regelbunda motionsvanor (gångar per vecka):

## **Kommunicerande, tal och växelverkan**

Dreglar ert barn:

Förstår ert barn tal på samma sätt som hens jämnåriga:

Förstår främmande personer då ert barn talar. Om inte, varför inte:

Kan ert barn följa anvisningar och regler:

Hur bra kommer ert barn överens med andra barn/vuxna hemma och utanför hemmet:

Hur uttrycker ert barn glädje/rädsla/ilska:

Har någon familjemedlem berättat att hen upplevt våld eller hot om våld:

Förekommer det användning av rusmedel i familjen:

### **Lek, inlärning och arbetsfärdigheter**

Färdighet i fråga om att använda händerna (är barnet höger- eller vänsterhänt eller är det oklart):

Är ert barn intresserad av att pyssla

ja

nej

Är ert barn intresserad av att teckna

ja

nej

Är ert barn intresserad av brädspel

ja

nej

Beskriv ert barns lek (vad leker hen, hur och med vem. Vad är viktigt i leken. Hurdana lekar tycker hen om:

Beskriv hur barnet koncentrerar sig på lekar och det hen gör:

Beskriv hur barnet koncentrerar sig på aktiviteter som en vuxen handleder hemma/  
i dagklubben/i hobbyer:

Hur bra går det att övergå från en aktivitet/syssla eller situation till en annan:

Om ert barn redan går i skola, hur går det med läxorna:

Hurudana sysslor tycker ert barn inte om:

Hur mycket tid lägger ert barn dagligen på tv-tittande, på att sitta vid datorn eller motsvarande (timmar):

### **Självkänslan och känslolivet**

Hur bra står ert barn ut med besvikelser, meningsskiljaktigheter och förbud:

Vad lugnar ner ert barn:



Är ni oroliga över ert barns känsloliv/sinnesstämning. Varför:

Har ert barn kompisar:

### **Familjens vardag och resurser**

Vad gör ert barn under fritiden:

Vad gör ni tillsammans som familj:

Kan ert barn delta i åldersenliga sysslor och aktiviteter. Om inte, varför inte:

Hurudana upplever ni att era egna resurser är för närvarande:

### **Målen för habiliteringen**

Vilka var målen för den föregående habiliteringsperioden och har de uppnåtts (förändring jämfört med det tidigare):

Fundera tillsammans med ert barn på vad ni skulle vilja ha en ändring på och vad de tre viktigaste målen skulle vara för det kommande året:

1.

2.

3.

Era förväntningar/önskemål i fråga om den kommande mottagningen/habiliteringsperioden.  
Vad skulle ni vilja ha information om under perioden:

Blanketten har fyllts i, datum:

Blanketten har fyllts i av:

Underskrift

Namnförtydligande

Underskrift

Namnförtydligande

Blanketten slutar här.