Mellersta Österbottens välfärdsområde Soite

Polikliniken för barn och ungdomar

Frågeformulär för föräldrar inför ett mottagningsbesök/en undersökningsperiod

Syftet med detta formulär är att samla information om ert barns utveckling och om hur bra vardagen fungerar. Informationen hjälper planera stödåtgärder för ett barn i samarbete med er föräldrarna under det kommande mottagningsbesöket/den kommande undersökningsperioden. Om ni inte kan svara på någon fråga kan vi fundera på det tillsammans. Om ni vill kan nu fundera på frågorna också med någon som känner ert barn väl. Kom ihåg att ta med formuläret till mottagningen/undersökningsperioden.

Personuppgifter

Barnets namn:

Personbeteckning:

Telefonnummer

Vem bor barnet hos:

Vem får uppgifter lämnas ut till:

Familjemedlemmar:

Personer som är viktiga för barnet:

Rådgivning/hälsovårdare:

Skola/daghem:

Är ert barn i dagvård: på heltid ☐ på deltid ☐ hur många dagar per månad:

Handikappbidrag: grundbelopp ☐ förhöjt belopp ☐ högsta beloppet ☐ beslutet gäller t.o.m., ddmmåååå:

Stöd för närståendevård: gäller t.o.m., ddmmåååå:

Rehabiliteringsplan: gäller t.o.m., ddmmåååå:

Anpassningsträningskurser ni varit på:

Vilka terapier/handledningar är i gång

Terapeut, datum för när terapin avslutats, var terapin genomförs, rehabiliterare (FPA/hälsocentralen)

☐ Fysioterapi: gånger per vecka, namn:

☐ Talterapi: gånger per vecka, namn:

☐ Ergoterapi: gånger per vecka, namn:

☐ Musikterapi: gånger per vecka, namn:

☐ Annat, t.ex. psykolog: gånger per vecka, namn:

☐ Andra kontakter, t.ex. socialarbete, handikapptjänster, integrationstjänster:

Hur den nytta terapin gett syns i vardagen:

Läkemedelsbehandling:

Epileptiska anfall, när, hurudana:

Syn och hörsel:

Målen för rehabilitering

Vilka var målen för den föregående rehabiliteringsperioden och har de uppnåtts, förändring jämfört med det tidigare:

Fundera tillsammans med ert barn på vad ni önskar få ändring i i fortsättningen och vilka som vore de tre viktigaste målen för det följande året:

1.

2.

3.

Era förväntningar och önskemål gällande det kommande mottagningsbesöket/rehabiliteringsperioden. Vad önskar ni få information om under perioden:

Hur kunde du som förälder stödja ditt barns rehabilitering:

Dagliga sysslor

Vilka är barnets styrkor, vad är barnet nöjt med och vad glädjas hen över:

Hur lyckas det följande:

Måltider:

klarar sig inte alls själv ☐ behöver hjälp/stöd ☐ klarar sig med hjälp av muntliga anvisningar ☐ är självgående/självständig ☐

hjälpmedel

WC-besök:

klarar sig inte alls själv ☐ behöver hjälp/stöd ☐ klarar sig med hjälp av muntliga anvisningar ☐ är självgående/självständig ☐

hjälpmedel

Att klä på sig:

klarar sig inte alls själv ☐ behöver hjälp/stöd ☐ klarar sig med hjälp av muntliga anvisningar ☐ är självgående/självständig ☐

hjälpmedel

Att tvätta sig:
klarar sig inte alls själv ☐ behöver hjälp/stöd ☐ klarar sig med hjälp av muntliga anvisningar ☐ är självgående/självständig ☐

hjälpmedel

Fritidssysselsättning:

klarar sig inte alls själv ☐ behöver hjälp/stöd ☐ klarar sig med hjälp av muntliga anvisningar ☐ är självgående/självständig ☐

hjälpmedel

Något annat, vad:

klarar sig inte alls själv ☐ behöver hjälp/stöd ☐ klarar sig med hjälp av muntliga anvisningar ☐ är självgående/självständig ☐

hjälpmedel

Nattsömn kl. – kl.:

Dagssömn kl. – kl.:

Sover barnet lugnt: ☐ ja ☐ nej

Vaknar barnet emellanåt: ☐ ja ☐ nej

Rörelseförmåga

☐klarar sig inte alls själv ☐ behöver hjälp/stöd ☐ klarar sig med hjälp av muntliga anvisningar ☐ är självgående/självständig

☐ hjälpmedel

Beskriv barnets rörelseförmåga, bl.a. hur hen går, springer, går upp och ner för trappor, känsla för fara:

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

Regelbunden motion, gånger per vecka:

Kommunikation

Talförståelse:

☐ klarar sig inte alls själv ☐ behöver hjälp/stöd ☐ klarar sig med hjälp av muntliga anvisningar
☐ är självgående/självständig

☐ hjälpmedel

Förstår barnet tal på samma sätt som jämnåriga barn:

Förstår främmande människor vad ert barn säger? Om inte, varför inte:

Kan ert barn följa anvisningar och regler:

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

Hur uttrycker ert barn glädje, rädsla, vrede:

Lek, inlärning och förmåga att arbeta

Är ert barn intresserad av att pyssla: ja ☐ nej ☐

Är ert barn intresserad av att rita: 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, vilka lekar tycker barnet om:

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

Beskriv hur bra barnet koncentrerar sig på aktiviteter som vuxna leder hemma, i klubb, i hobbyer:

Hur lyckas övergången från en syssla eller situation till en annan:

Om ert barn redan är i skolan, hur lyckas läxläsningen:

Hurudana sysslor tycker ert barn inte om:

Hur många timmar per dag tillbringar ert barn framför tv, dator eller motsvarande, timmar:

Självkänsla och känsloliv

Hur bra tål ert barn besvikelser, meningsskiljaktigheter och förbud:

Vad lugnar ert barn:

Är ni oroad över ert barns känsloliv, sinnesstämning. Varför:

Familjens vardag och resurser

Vad gör ert barn på fritiden:

Vad gör ni tillsammans som familj:

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

Hurudana upplever ni era egna resurser vara för närvarande:

Formuläret har fyllts i, datum:

Formuläret har fyllts i av:

Underskrift och namnförtydligande

Underskrift och namnförtydligande