



Mellersta Österbottens välfärdsområde Soite

Polikliniken för barn och unga

Frågeformulär för en ung persons föräldrar för mottagningsbesök/undersökning

Syftet med detta frågeformulär är att samla information om din ungas utveckling och hur vardagslivet fungerar. Informationen som samlar in hjälper oss planera stödåtgärderna för den unga i samarbete med föräldrarna under den kommande besöks-/undersökningstiden. Om du inte kan svara på en fråga funderar man på den tillsammans under besöket. Fyll i mån av möjlighet i formuläret tillsammans med den unga personen. Om så önskas kan man också diskutera frågorna i formuläret med en person som den unga personen känner väl. Kom ihåg att ta med blanketten till mottagnings-/undersökningstiden.

Förhandsuppgifter

Den unga personens namn:

Den unga personens födelsetid:

Vårdnadshavare:

Gemensam vårdnad Ensamstående förälder

Fosterföräldrar:

Socialarbetare som ansvarar för den ungas ärenden:

Familjemedlemmar:

Andra personer som är viktiga för den unga personen:

Boendeform:

Bor hos föräldrarna I egen bostad

Annan , vad:

Skola/läroverk:

Klassföreståndare:

Kurator:

Rehabiliteringsplanen är i kraft till, ddmmåååå:

Handikappstöd (grundläggande/intensifierat/särskilt) i kraft tills, ddmmåååå:

Stöd för närståendevård i kraft till, ddmmåååå:

Anpassningskurser som ni deltagit i:

Rehabilitering som genomförts eller pågår:

Terapeut, tidpunkt för när den avslutas, var genomförs terapin, rehabiliterare (Folkpensionsanstalten/hälsocentralen):

Fysioterapi: gånger i veckan, behandlande terapeut:

Talterapi: gånger i veckan, behandlande terapeut:

Ergoterapi: gånger i veckan, behandlande terapeut:

Musikterapi: gånger i veckan, behandlande terapeut:

Psykoterapi: gånger i veckan, behandlande terapeut:

Annat, vad: gånger i veckan, behandlande terapeut:

Hur märks nyttan av terapin i vardagen:

Andra stödtjänster den unga personen får (stödperson, familjearbete, familjerådgivning, el.dyl.):

Hur gick det för den unga personen i daghemmet/lågstadiet, behövde hen extra stöd då:

Har ni tidigare varit oroade över den unga personens beteende/utveckling. Om ja, sen när och varför:

Regelbundna medicineringar:

Rusmedelsanvändning:

Tobak/snus:

Den unga har testat använder vid enstaka tillfällen använder regelbundet har inte testat/använder inte

Alkohol:

Den unga har testat använder vid enstaka tillfällen använder regelbundet har inte testat/använder inte

Rusmedel:

Den unga har testat använder vid enstaka tillfällen använder regelbundet har inte testat/använder inte

Funktionsförmåga

Vilka är den ungas styrkor och glädjeämnen:

Sover kl. – kl.:

Sover lugnt: ja nej

Vaknar nattetid: ja nej

Hur länge tar det för den unga att somna:

Stör något insomningen, t.ex. telefon, spelande, el.dyl.:

Rörelse/motorik:

Beskriv hur den unga rör sig, bl.a. att springa, gå i trappor:

Klarar den unga av att cykla, åka skridskor, skida:

Har den unga fritidsintressen. Om ja, vilka:

Kommunikation, tal och interaktion:

Blir den unga personen förstörd hemma/i kamratkretsen/av främmande personer:

Följer den unga anvisningar och regler:

Hur kommer den unga överens med andra unga/vuxna hemma och utanför hemmet:

Hur uttrycker den unga personen känslor, t.ex. ilska, glädje:

Beskriv den unga personens sociala färdigheter, t.ex. att ta andra i beaktande, att interagera med kamrater:

Exekutiva funktioner:

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

Sköter den unga personen självständigt om sina skoluppgifter eller behöver hen handledning av en vuxen:

Sköter den unga självständigt vardagsaktiviteter, t.ex. planering av sin tidtabell, hygien, att äta:

Hur mycket tid spenderar den unga personen dagligen på telefonen, datorn eller motsvarande (timmar) :

Självkänsla och känsloliv:

Hur hanterar den unga personen besvikelser, oenigheter och förbud:

Vilka saker lugnar den unga personen:

Är ni oroade över den unga personens känsloliv/funderingar, varför:

Familjens vardag och resurser

Vad gör den unga på fritiden:

Klarar den unga personen av att på åldersenlig nivå delta i saker och aktiviteter. Om inte, varför:

Vad gör ni tillsammans i familjen:

Hur upplever ni era egna resurser i rollen som föräldrar just nu:

Önskar ni att någon sak i er familj skulle förändras:

Har någon av familjemedlemmarna upplevt eller blivit hotad med fysiskt eller psykiskt våld inom familjen:

Rusmedelsanvändning inom familjen:

Tobak: nej ja

Alkohol: nej ja

Rusmedel: nej ja

Rehabiliteringsmålsättningar

Vilka var föregående rehabiliteringsperiods målsättningar och har de uppfyllts (förändring jämfört med tidigare):

Fundera tillsammans med den unga på vad ni vill se förändras i framtiden och vilka som vore de tre viktigaste målsättningarna för det kommande året.

1.

2.

3.

Era förväntningar/önskemål för det kommande mottagningsbesöket:

Blanketten har fyllts i, datum:

Person(er) som fyllt i blanketten:

Underskrift och namnförtydligande

Underskrift och namnförtydligande