Dette skjemaet skal fylles ut av foreldre/foresatte.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Familiebakgrunn | | | |
| Hvem bor barnet vanligvis sammen med (flere kryss) | Mor  Far  Steforeldre  Delt omsorg  Andre | | |
| Foreldres/ omsorgspersonenes arbeid: |  | Mor | Far |
| Yrkesaktiv |  |  |
| Arb.ledig |  |  |
| Hjemme-værende |  |  |
| Ufør/syke-meldt |  |  |
| Foreldrenes helse |  | Mor | Far |
| Frisk |  |  |
| Kronisk syk |  |  |
| Livstruendesyk |  |  |
| Nummer i søskenflokk (f.eks nr 3 av 4): inkluderer hel- og halvsøsken | Antall søsken |  |  |
| Nr blant søsken |  |
| Søskens helsesituasjon (en eller flere) | Frisk |  |
| Kronisk syk |  |
| Livstruendesyk |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Skole og venner | |
| Hvilket klassetrinn går han/hun på? |  |
| Har han/hun hatt eller har noen læringsvansker på skolen? | Nei  Ja |
| Har han/hun hatt eller har behov for assistent på skolen? | Nei  Ja |
| Har han/hun hatt eller har kontakt med PPT (pedagogisk psykologisk tjeneste)? | Nei  Ja |
| Hvordan er den faglige utviklingen hans/hennes på skolen? | Svært god  Tilfredsstillende  Noe vansker  Store vansker |
| Har han/hun opplevd eller opplever nå å bli mobbet på skolen eller på fritiden? | Aldri  Litt  Mye  Svært mye |
| Hvis ja på spørsmålet over om mobbing, når skjedde dette? | Tidligere  Både før og nå  Bare nå |
| Har han/hun noen nære venner? | Ingen  1-3  4-6  >6 |
| Hvor mange ganger pr uke treffer han/hun vennene sine utenom skoletiden? | Aldri  1-3 ganger  4-6 ganger  >6 ganger |
| Hvordan kommer han/hun seg vanligvis til og fra skolen? | Med bil  Med buss  Med sykkel  Går |

|  |  |
| --- | --- |
| Fritid og fysisk aktivitet | |
| Er han/hun med på noen organiserte fritids-aktiviteter? | Ingen  1-2  3-4  >4 |
| Evt hvilken type fritidsaktivitet? | Sang og musikk  Teater  Kunst  Dans  Friidrett/allidrett  Fotball  Annet: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Utenom skoletid: Hvor mange ganger i uka driver han/hun idrett/mosjon slik at han/hun blir anpusten eller svett?  (*Tenk på hvor mye det vanligvis har vært siste 3 mnd).* | ganger per uke |
| Omtrent hvor mange timer per uke bruker han/hun på idrett? | 0 timer  1-2 timer  3-4 timer  5-7 timer  8-10 timer  11 timer eller mer |
| Hvor mange timer ser han/hun *vanligvis* på TV etter skolen? | Ingen  Mindre enn 1 time  Mellom 1 til 2 timer  Mellom 2 til 4 timer  Mer enn 4 timer |
| Hvor mange timer bruker han/hun vanligvis på **PC** (spill eller internett) eller med **TV spill** (playstation, X-box eller lignende) på en ukedag (**mandag til fredag**)? | Ingen  Mindre enn 1 time  Mellom 1 til 2 timer  Mellom 2 til 4 timer  Mer enn 4 timer |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Kosthold |  |  |  |  |
| Hvor ofte spiser han/hun følgende måltider i en vanlig uke? | Aldri | 1-3 dager | 4-5 dager | 6-7 dager |
| Frokost |  |  |  |  |
| Lunsj |  |  |  |  |
| Middag |  |  |  |  |
| Kvelds |  |  |  |  |
| Hvor ofte spiser han/hun følgende matvarer i en vanlig uke: | Aldri | 1-3 dager | 4-5 dager | 6-7 dager |
| Grønnsaker |  |  |  |  |
| Frukt |  |  |  |  |
| Melk |  |  |  |  |
| Fisk |  |  |  |  |
| Kjøttdeig |  |  |  |  |
| Pizza |  |  |  |  |
| Tran |  |  |  |  |
| Vitamintilskudd (utenom tran) |  |  |  |  |
| Brus |  |  |  |  |
| Chips |  |  |  |  |
| Sjokolade/godteri |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Sykehistorie  *Her ønsker vi å vite litt om arvelighet for sykdom og overvekt både til barnet/ungdommen og nærmeste familie.* | | | | |
| Er det kjente arvelige sykdommer eller opphopning av bestemte sykdommer i familien? | Far | Mor | Søsken | Beste-foreldre |
| * Ingen sykdommer |  |  |  |  |
| * Hjerte-kar sykdom, evt hvilke(n) |  |  |  |  |
| * Høyt blodtrykk |  |  |  |  |
| * Migrene/hodepine |  |  |  |  |
| * Nevrologisk sykdom, evt hvilke(n) |  |  |  |  |
| * Hormonsykdommer, evt hvilke(n) |  |  |  |  |
| * Mage-tarm sykdom, evt hvilke(n) |  |  |  |  |
| * Nyresykdom, evt hvilke(n) |  |  |  |  |
| * Psykisk sykdom |  |  |  |  |
| * Rusproblem |  |  |  |  |
| Har han/hun hatt eller har noen kroniske sykdommer? | Nei, aldri.  Ja | | | |
| Evt hvilke kroniske sykdommer: | Migrene  Astma  Stoffskiftesykdom  Hjertesykdom  Høyt blodtrykk  Nyresykdom  Cøliaki  Psykisk sykdom  Angst  Depresjon  Spiseforstyrrelse  Annet  Annet | | | |
| Har han/hun brukt noen av følgende rusmidler? | Nei, aldri.  Tobakk  Alkohol  Hasj  Narkotiske rusmidler | | | |
| Bruker han/hun noen faste medisiner nå (inkludert p-piller)  Evt hvilke: | Nei  Ja | | | |
| Har han/hun noen allergier? | Nei  Ja | | | |
| Hvordan har hans/hennes utvikling vært fra spebarns-alder av? | Normal  Forsinket motorisk utvikling  Forsinket språklig utvikling  Forsinket sosial utvikling | | | |
| Har han/hun noen av følgende helseplager: | Ingen  Kraftig snorking  Uttalt morgentretthet  Hodepine  Ingen  mer enn 1 gang pr uke  mer enn 1 gang pr mnd  sjeldnere enn 1 gang pr mnd  Mageplager  Muskelsmerter  Leddsmerter  Uttalt tungpust ved mindre aktiviteter (korte gåturer, trapper, motbakker og lignende)  Generell tretthet  Kuldefølelse  Søvnforstyrrelser:  Ingen  mer enn 1 gang pr uke  mer enn 1 gang pr mnd  sjeldnere enn 1 gang pr mnd  *For pubertale jenter*  Uregelmessig menstruasjon  Annet: | | | |
| Har han/hun vært til / går til/ venter på å komme til psykolog/BUP for psykiske plager? | Nei, aldri  Ja | | | |
| Hvis Ja på spsm over, når var denne kontakten | Tidligere, evt når:  Fortsatt kontakt | | | |
| Har han/hun hatt oppfølging fra Barnevernstjenesten | Nei, aldri  Ja | | | |
| Hvis Ja på spsm over, når var denne kontakten | Tidligere, evt når:  Fortsatt kontakt | | | |

*TAKK FOR HJELPEN!!!*