



Syftet med enkäten är att få information om barnets utvecklingshistoria och hur vardagen är. Er syn på barnet och barnets aktiviteter som förälder är en viktig del av bedömningen. Den information som ni ger behandlas bara av yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården, som har tystnadsplikt.

KONTAKTUPPGIFTER

Barnets namn Personbeteckning

Adress, postnummer och -ort

Moderns namn Telefon

Adress (om annan än barnets) Yrke

Faderns namn Telefon

Adress (om annan än barnets) Yrke

Vårdnad

gemensam
vårdnad

ensam
vårdnad

annan vårdnads-
havare, vem

Namn och födelseår på syskon och andra som bor i familjen (halvsyskon, andra vuxna personer osv)

Vilket språk talar man i familjen?

finska

svenska

annat, vilket

DAGVÅRD/SKOLA

hem

klubb

daghem

annan, vilken

barnets ålder
vid start

år/
mån.

Namn på daghem, grupp och kontaktperson

Skola och lärarens kontaktuppgifter

Skolans stödåtgärder

BARNETS TIDIGA FASER OCH UTVECKLING

Berördes graviditeten eller födseln av något avvikande eller särskilt bekymmer

nej ja, vad

Barnet hälsotillstånd efter födseln

Födelsvikt och agparpoäng

god avvikande, hur

Var ni orolig för barnet som spädbarn

nej ja, vilken

Hur gick amningen och ätandet i spädbarnsåldern

vanligen annars, hur

Har dräglandet fortsatt efter spädbarnsåldern

Hur gav barnet i från sig ljud och jollrade som spädbarn

nej ja mycket något lite

De första orden

Första meningarna

Barnet lärde sig krypa

Barnet lärde sig gå

v./mån.

v./mån.

v./mån.

v./mån.

Barnet är: högerhänt vänsterhänt häntheten har inte stabiliserats än

Har barnet någon grundsjukdom eller skada t.ex. hjärtfel, gomspalt, allergi

nej ja, vad

Har barnet annars varit sjuk, vad och när t.ex. öroninflammation, astma eller huvudvärk och magont

sällan ofta, vad

Har barnet regelbunden eller tillfällig medicinering

nej ja, vad

PROBLEM I NÄRSLÄKTENS UTVECKLING

Finns det problem i utvecklingen eller särskilda svårigheter i familjen eller närsläkten, hos vem:

försenad talutveckling

språkutvecklingen

specialsvårighet stamning

läs- och skrivsvårigheter

inlärningssvårighet

motoriska svårigheter

koncentrationssvårighet

annat, vad

Har det funnits några händelser eller kriser i familjen eller närsläkten som påverkat barnets liv (t.ex. skilsmässa, allvarlig sjukdom, dödsfall)

nej ja, vad

UPPFÖLJNING AV BARNETS UTVECKLING OCH STÖDÅTGÄRDER

Tidigare och nuvarande undersökningar och rehabiliteringar (t.ex. tal-, funktions-, närings- och fysioterapi, psykologi, skolmognadsprov, familjerådgivning, specialicerad sjukvård). När, var och namn osv. på terapeuten

Har er familj andra stödåtgärder?

nej ja, vad

BARNETS DAGLIGA VERKSAMHET

Hur agerar barnet i måltidssituationen

Hur agerar barnet i påklädningssituationen

Hur somnar och sover barnet

Hur flyter övergångssituationerna

Hur reagerar barnet i separationssituationer (t.ex stanna kvar i dagvården)

Hur uttrycker barnet olika känslor (t.ex. glädje, ilska, rädsla)

Hur leker barnet (vad leker barnet, byts lekarna ofta, varaktigheten på leken osv.)

Med vem leker barnet och hur går lekarna

Vilka intressen eller hobbies (t.ex. lekar, leksaker, musik, rita, friluftsliv, bollspel, cykling) har barnet eller er familj

Hur mycket tid tillbringar barnet med TV/videospel/dator

Hurdana är barnets fysiska färdigheter (t.ex. gå i trappor, klättra, gunga, cykla, simma)

Hur agerar barnet i gruppsituationen (t.ex. dagvård, egna gården, parken)

Hurdant är barnets karaktär (t.ex. vilka är barnets styrkor, vad tycker barnet om, vad undviker barnet)

NULÄGE

Orsaker, varför ni hänvisades till våra tjänster

Hur stor upplever ni att er oro är för barnet på skalan 1 – 10 (1 = ingen oro, 10 = mycket orolig)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Vilken sorts stöd och hjälp önskar ni få för ert barn och er familj

Hurdana upplever ni att er familjs resurser är för närvarande på skalan 0 – 5 (0 = otillräckliga, 5 = tillräckliga)

0 1 2 3 4 5

Har er familj ett stödnätverk som hjälp i vardagen

nej ja

MER INFORMATION

Mer information/annat nödvändigt/jag vill ännu berätta

DATUM OCH UNDERSKRIFT

Datum

Underteckning och namnförtydligande

Informationen i blanketten lagras i hälsostationens patientregister i Vanda och Kervo välfärdsområdet. Hälsostationens patientregister i Vanda och Kervo välfärdsområdet är en del av genomförandet av reformen som rör social- och hälsovården och räddningsväsendet och den tillfälliga rätten att få information om social- och hälsovården i landskapet Nyland som avses om införande av den lagstiftning som gäller reformen (616/2021) 64 a §. Tillfällig rätt att få information svarar för sjukvårdsdistriktets samregister som tagits ur bruk. Välfärdsområdena i landskapet Nyland, – Helsingfors stads och HUS-sammanslutningens hälsovårdstjänster får överlåtas och tittas utifrån Kanta-informeringen mellan områdena. Vanda och Kervo välfärdsområdets hälsostation är registerhållare för patientuppgifter och -journaler som uppkommer i deras egen verksamhet.

Registrets uppgifter är sekretessbelagda. Anställda som behandlar eller ser uppgifter har tystnadsplikt. Patientuppgifter får endast behandlas i ändamålsenlig verksamhetsenhet eller på uppdrag av personer som deltar i patientens vård eller med uppgifter som rör den.

Dataskyddsbeskrivning för patientregistret finns på <https://vakehyva.fi/sv/behandling-av-personuppgifter>.