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!!!*