

SPØRGESKEMA

Udfyld venligst alle spørgsmål nedenfor

Lilith Thomsen | Børne- og Ungdomspsykiater

Tlf: (+45) 31 90 56 56

E-mail: lilitathomsen@gmail.com

Telefontid på hverdage mellem kl. 16.00 og 18.00



Barnets navn:	CPR:
---------------	------

Adresse:

Mors navn:	CPR:
------------	------

Adresse:	Telefon privat:
----------	-----------------

Stilling:	Evt. Telefon arbejde:
-----------	-----------------------

Mailadresse:	
--------------	--

Fars navn:	CPR:
------------	------

Adresse:	Telefon privat:
----------	-----------------

Stilling:	Evt. Telefon arbejde:
-----------	-----------------------

Mailadresse:	
--------------	--

Er forældrene: Gift Separerede fraskilte Samboende Bor hver for sig

Forældremyndighedsindehaver(e):

Har barnet boet hos andre under opvæksten? (hos familie eller på institution)

Evt: stedmor navn:	Født den:
Evt: stedfar navn:	Født den:

Søskende:

Navn:	Født den:	Opholdsted:
Navn:	Født den:	Opholdsted:
Navn:	Født den:	Opholdsted:
Navn:	Født den:	Opholdsted:
Navn:	Født den:	Opholdsted:

Andre børn i hjemmet:

Navn:	Født den:
Navn:	Født den:
Navn:	Født den:
Navn:	Født den:
Navn:	Født den:

Skole/daginstitutioner

	Daginstitution/skole	Tidsrum	Trivsel
Dagpleje			
Vuggestue			
Børnehave			
SFO			
Skole			
Skole			
Skole			

Barnets miljø og udvikling

Graviditet, fødsel og nyfødt/spædbarnsperiode:

Graviditet

	Ja	Nej	Usikker
Havde mor tegn på kvalme, forhøjet blodtryk, æggehvite i urinen eller hævelser i kroppen ?			
Havde mor blødninger i løbet af graviditeten ?			
Havde mor alvorlig infektioner eller anden sygdom under graviditeten ?			
Hvis ja: Hvilken?			

Gennemsnitlig forbrug af alkohol/tobak under graviditeten, målt i antal genstande/uge.
1 genstand svarer til: 1 øl, 1 glas vin, 1 gl. dessertvin, 1 snaps eller lignende.

Enheder/uge	Sæt kryds
0	
0-2	
3-5	
6-10	
over 10	

Cigaretter/dag	Sæt kryds
0	
0-5	
6-10	
11-20	
over 20	

Eventuel medicin/piller brugt under graviditeten:

Eventuelle rusmidler brugt under graviditeten:

Evt. belastende omstændigheder under graviditeten:

Fødslen

Fødested:

	Ja	Nej	Usikker
Specielle komplikationer eller indgreb under fødslen			
Blev der brugt bedøvelse under fødslen			
Lå barnet i sædeleje			
Lå barnet i hovedleje			
Havde barnet navlestrengen om halsen			
Mistanke om dårlig fosterlyd			
Blev barnet forløst vha. sugekop			
Blev barnet forløst vha. kejsersnit			
Fik barnet nogle skader ved fødslen			
Havde barnet vejrtrækningsproblemer ved/lige efter fødslen			
Blev barnet lagt i kuvøse			
Havde barnet medfødte sygdomme eller misdannelser			
Hvis JA – hvilke:			
Var der bemærkninger til fostervandet			
Hvis JA – hvilke:			

Hvor længe varede fødslen:

Evt. andre kommentarer til fødslen:

	Ja	Nej	Usikker
Blev fødslen sat i gang			
Er barnet født til termin			
Hvis nej – hvilken uge er barnet født i:			

Fødselsvægt:

Længde:

Evt. andre oplysninger om barnet i forbindelse med fødslen:

Var der reaktioner hos mor i forbindelse med fødslen (fx depression, tristhed, alvorlig sygdom):

Var der reaktioner hos far i forbindelse med fødslen (fx depression eller tristhed)

Nyfødt og spædbarnsperiode

	Ja	Nej	Usikker
Fik barnet gulsot efter fødslen			
Havde barnet sutteproblemer			
Havde barnet spiseproblemer			
Havde barnet søvnproblemer (fx at falde i søvn, vågne op eller lign.)			
Havde barnet kolik			
Var barnet påfaldende urolig og skreg meget			
Var barnet påfaldende rolig			
Gav barnet tilfredsstillende kontakt			
Blev barnet ammet			
Hvis JA – hvor længe:			

Småbarn/skolebarn

Angiv venligst hvornår barnet 1. gang kunne

	År	Måned
Sidde uden støtte		
Kravle		
Stå alene (uden støtte)		
Gå alene (uden støtte)		
Spise alene		
Tage tøj på (undtagen knapper og snørebånd)		
Cykle på 3-hjulet cykel		
Cykle på 2-hjulet cykel		
Binde snørebånd		

Kommentarer/ uddybninger:

Sprog og taleudvikling

Angiv venligst hvornår barnet ca.

	År	Måned
Sagde sit første ord		
Kombinerede ord til sætninger		
Brugte længere sætninger (mere end 2-3 ord)		
Snakkede rent		
Begyndte at spørge "hvorfor"		
Begyndte spontant at fortælle om tidligere og fremtidige oplevelser		

Kommentarer/ uddybninger:

Kontrol af blære og tarm

Angiv venligst hvor gammel barnet ca. var, da det var renlig (både nat og dag)

	År	Måned	Ikke kontrol
Urin			
Afføring			

Kommentarer/udddybninger:

Mad

	Ja	Nej	Usikker
Madglæde			
Specielle madvaner			
Må tvinges til at spise			
Opkastninger			

Evt. kommentarer:

Søvn

	Ja	Nej	Usikker
Problemer med at falde i søvn			
Vågner om natten			
Vågner tidligt			
Mareridt			
Sover uroligt			

Evt. kommentarer:

Kroppen/sygdomme

	Ja	Nej	Usikker
Har barnet fulgt almindeligt vaccinationsprogram?			
Har barnet haft almindelige børnesygdomme?			
Har barnet haft smitsomme sygdomme?			
Har barnet haft mellemørebetændelser?			
Hører barnet godt?			
Ser barnet godt?			
Har der været forgiftninger?			
Har der været kramper?			
Har der været lammelser?			
Har der været allergi? Hvis JA – hvilke:			

Har vi din/jeres accept til at rekvirere sagsakterne? Ja Nej

Ønsker I at henvisende PPR eller socialforvaltning skal inviteres til tilbageleveringssamtalen Ja Nej

Henvisende instans:	
Navn:	
Adresse:	
Postnummer/By:	
Kontaktperson:	
Telefonnummer:	

Hvis der i øvrigt er noget du mener jeg skal vide, kan du skrive det her:
