



Frågeformulär nr 1.		
Namn		Född (år mån dag) Datum
Hänthet: Höger Vänster Ambivalent		
<b>Graviditeten</b>		<b>Beskriv närmare</b>
Tog mamman några mediciner under graviditeten? Vaccinationer? Antibiotika?	Ja Nej	
Hände det mamman något traumatiskt under graviditeten? När ungefär?	Ja Nej	
Gjorde mamman några tandläkarbesök under graviditeten? Vad hände?	Ja Nej	
Har mamman några tänder med amalgam? Mormor?	Ja Nej	
Född i rätt tid? Om inte, vilken vecka?	Ja Nej	
Om inte, vad hände?		
<b>Förlossningen och dagarna efter</b>		<b>Beskriv närmare</b>
Problem vid förlossningen? Kejsarsnitt? Tång? Klocka? Långdragen förlossning? Annat?	Ja Nej	
Problem i nyföddhetsperioden? Kuvös? Gulshot? Annat?	Ja Nej	
Svårt att komma igång med amningen?	Ja Nej	
Svårt att inta mat eller behålla maten de första veckorna?	Ja Nej	
Födelsevikt		
<b>Spädbarnstid 0-18 månader:</b>		<b>Beskriv närmare</b>
Hög feber?	Ja Nej	
Kramper?	Ja Nej	
Ovanligt stark vaccinationsreaktion?	Ja Nej	
Gick före 10 månaders ålder	Ja Nej	
Gick efter 15 månader	Ja Nej	
Började tala efter 18 månader	Ja Nej	

Påfallande skrikig, svårt att sova	Ja	Nej	
Påfallande slö, inaktiv	Ja	Nej	
Matningsproblem	Ja	Nej	
Återkommande öroninflammationer	Ja	Nej	
Återkommande infektioner i öron, näsa, hals?	Ja	Nej	
Återkommande luftvägsinfektioner?	Ja	Nej	
Kröp barnet	Ja	Nej	
Hasade på stjärten	Ja	Nej	
Tog sig fram genom att rulla	Ja	Nej	
Släpade ena benet vid ålning	Ja	Nej	
Släpade ena benet vid krypning	Ja	Nej	
<b>Barndomen 18 månader - 9 år</b>	<b>Beskriv närmare om ja</b>		
Sängvätare efter 5 års ålder	Ja	Nej	
Svårt lära sig knäppa knappar	Ja	Nej	
Svårt lära sig knyta skorna	Ja	Nej	
Svårt lära sig hålla penna med pincettgrepp	Ja	Nej	
Svårt fånga bollar?	Ja	Nej	
Svårt lära sig hoppa på ett ben	Ja	Nej	
Svårt lära sig slå kullerbytta	Ja	Nej	
Svårt lära sig simma bröstsim	Ja	Nej	
Svårt lära sig cykla tvåhjulning	Ja	Nej	
Svårt sitta stilla? Även kortare stunder?	Ja	Nej	
Svårt lära sig klockan	Ja	Nej	
Svårt lära sig läsa	Ja	Nej	
Svårt lära sig skriva	Ja	Nej	

Svårt att kopiera? Rita av.	Ja	Nej	
Allergier, överkänslighet	Ja	Nej	
Magproblem, förstoppning, diarré etc?	Ja	Nej	
Förelåg trotsperiod i 2-3års åldern?	Ja	Nej	
Sög barnet på tummen efter 5 års ålder?	Ja	Nej	
Brukade barnet drabbas av åksjuka?	Ja	Nej	
Brukade barnet överreagera på plötsliga ljud eller starkt ljus?	Ja	Nej	
Har barnet haft/har nattskräck?	Ja	Nej	
<b>Beskriv närmare om följande problem finns</b>			
Synproblem? Glasögon? Skelning? Annat?	Ja	Nej	Ja
Talproblem? Otydligt tal? Stamning? Annat?	Ja	Nej	
Hörselproblem: Hörselnedsättning? Svårt att lyssna? Annat?	Ja	Nej	
Läs- och skrivsvårigheter?	Ja	Nej	
Hur är barnets skolsituation?			
Sovtider:			
<b>Ytterligare information</b>			
Har ditt barn fått någon/några diagnoser?	Ja	Nej	

Ange nedan om det finns något ytterligare som du tror har betydelse för att beskriva ditt barns situation:

.....

.....

.....

.....