**Frågeformulär inför 18-månadersbesök**

Läs igenom frågorna och försök besvara dem. Om något känns svårt eller om du är osäker så pratar vi mer om det vid ert besök hos oss.

Om ditt barn går i förskola eller hos dagbarnvårdare, prata med personalen som vid behov kan ge dig extra information.

**Ringa in det svar som passar bäst**.

**Matsituation**

Fungerar matsituationen bra? JA NEJ

Äter ditt barn specialkost (Vegan, gluten-mjölkfritt)? JA NEJ

Äter ditt barn på natten? JA NEJ

Använder ditt barn nappflaska JA NEJ

Äter ditt barn själv? JA NEJ

Vad dricker ditt barn till maten? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Får ditt barn D-vitamin JA NEJ

Har ditt barn varit hos Tandhälsovården? JA NEJ

Borstar du barnets tänder varje dag? JA NEJ

**Hälsa och välbefinnande**

Pottränar ni med ert barn? JA NEJ

Tycker du att kvällrutinen inför att barnet ska sova fungerar bra? JA NEJ

Sover ditt barn hela natten? JA NEJ Ibland

Kan barnet somna om själv om det vaknar? JA NEJ

Tycker du att ditt barn mår bra JA Nej Ibland

**Språk och språkutveckling**

Om ni pratar fler språk än svenska, vilka språk pratar ni då? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ger ditt barn god ögonkontakt och kommunicerar? JA NEJ

Kan ditt barn visa och berätta på andra sätt än tal? JA NEJ

Pratar ditt barn med 8-10 olika ord? JA NEJ Fler ord

Kan ditt barn lyssna och förstå när ni pratar med varandra? JA NEJ

Kan ditt barn peka på näsan, magen? JA NEJ

Förstår du vad ditt barn säger eller menar? JA NEJ

Tycker du ditt barn hör bra? JA NEJ

Har ditt barn haft flera öroninflammationer sista halvåret? JA NEJ

**Högläsning**

Läser ni för ert barn? Varje dag Någon gång per vecka Sällan eller aldrig

Tycker ditt barn om att lyssna på sagor eller titta i bilderböcker? JA NEJ

Tittar ditt barn på TV/Skärmplatta/mobil mer än en timme/dag? JA NEJ

(barnprogram, Youtube-klipp, film eller spel)

Tittar ditt barn själv eller sitter ni tillsammans? Själv Tillsammans med vuxen

Brukar ni gå och låna böcker på biblioteket? JA NEJ

**Lek och motorik**

Går ditt barn säkert utan stöd? JA NEJ

Bygger ditt barn med klossar eller andra föremål? JA NEJ

Tycker ditt barn om att leka med kritor och rita? JA NEJ

Kan ditt barn ta av mössa och strumpor? JA NEJ

Tycker ditt barn om att leka tillsammans med dig eller andra barn JA NEJ

Tycker ditt barn om att leka ”gömma-leken” JA NEJ

Tycker ditt barn om att röra på sig? JA NEJ

Vilka lekar tycker ditt barn om att leka? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Övriga frågor ni vill diskutera: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Tack för era svar! Glöm inte att ta med det ifyllda frågeformuläret till besöket.**

Blanketten kommer att hanteras som en del av barnets journal och hanteras som sekretess.