**Frågeformulär inför 3-årsbesök**

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 kan ge dig extra information.

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

**Matsituation**

Fungerar matsituationen bra? JA NEJ

Äter ditt barn specialkost (vegan, gluten el mjölkfritt)? JA NEJ

Använder ditt barn nappflaska? JA NEJ

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

Dricker ditt barn välling? JA NEJ

Använder ditt barn napp eller suger på tummen? JA NEJ

Har ditt barn varit hos Tandhälsovården? JA NEJ

Borstar du barnets tänder varje dag? JA NEJ

**Hälsa och välbefinnande**

Använder ditt barn blöja på dagen? JA NEJ Ibland

Använder ditt barn blöja på natten? JA NEJ Ibland

Är ditt barn förstoppat eller har svårt med att kissa eller bajsa? JA NEJ Ibland

Tycker du att rutinen på kvällen, innan barnet ska sova, fungerar? JA NEJ Ibland

Tycker du att ditt barn sover bra? JA NEJ

Tycker du att ditt barn mår bra JA NEJ

**Språk och språkutveckling**

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

Talar ditt barn i meningar på fler än tre ord? JA NEJ

Talar ditt barn om sig självt och använder JAG/MIN? JA NEJ

Förstår ni inom familjen barnet när hen pratar? JA NEJ

Använder ditt barn andra sätt än tal när hen pratar? JA NEJ

(som tecken, bildstöd eller annat )

Förstår ditt barn korta meningar som uppmaningar*?* JA NEJ

Känner du dig orolig för ditt barns språkutveckling? JA NEJ

Har någon inom familjen varit sen med sin språkutveckling? JA NEJ

Har någon inom familjen haft svårt med läsinlärningen? JA NEJ

Har ditt barn perioder då hen stammar? 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? JA NEJ

Besöker ni och lånar böcker på biblioteket? JA NEJ Ibland

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

(barnprogram, Youtube-klipp, film eller spel).

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

**Lek och motorik**

Tycker ditt barn om att leka själv? JA NEJ

Leker ditt barn rollekar tillsammans med andra barn? JA NEJ

Hamnar ditt barn ofta i konflikt med andra barn? JA NEJ

Tycker ditt barn om att röra på sig, springa och hoppa? JA NEJ

Tycker du att ditt barn snubblar och ramlar mycket? JA NEJ

**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.