

## Hembesök första - arbetsblad

Datum för hembesöket .....

Namn ..... Personnummer .....

### Vårdnadshavare 1 (mor)

Namn ..... Personnummer .....

Födelseland/språk ..... Tolkebehov  Ja  Nej

Syssetsättning ..... Telefonnummer .....

Längd (mor) .....

### Vårdnadshavare 2 (far)

Namn ..... Personnummer .....

Födelseland/språk ..... Tolkebehov  Ja  Nej

Syssetsättning ..... Telefonnummer .....

Längd (far) .....

### Syskon

Namn ..... Födelsedatum .....

Namn ..... Födelsedatum .....

Namn ..... Födelsedatum .....

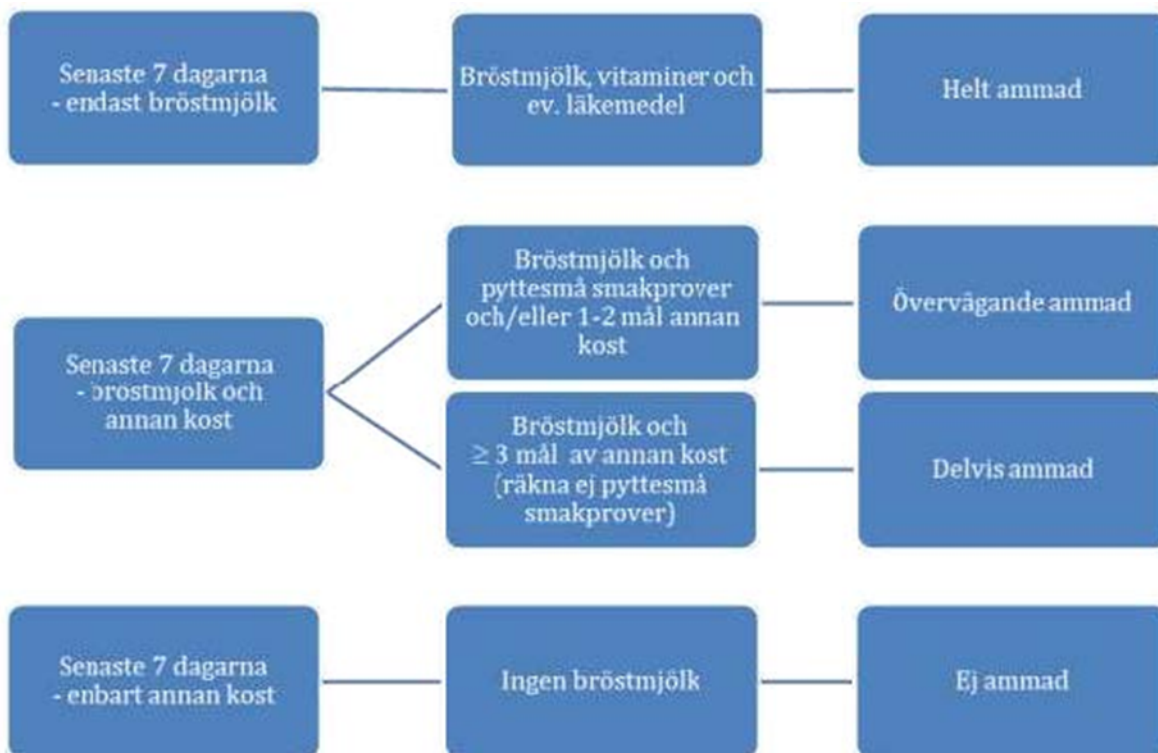


### FÖREKOMST I SLÄKTEN

	Mor	Far	Syskon	Annan
Allergi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krampsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan långvarig sjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Synnedstättning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hörselnedstättning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Läs/skrivsvårigheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### UPPFÖDNING

Senaste 7 dagar Ammar helt  Övervägande  Delvis  Annat   
 D-droppar



Vikt ..... Längd ..... Huvudomfång .....

Navel u.a.  Rodnad  Kladdig  Fälld  Ev. åtgärd: .....



### INFORMERAT/VISAT

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Shaken Baby               | <input type="checkbox"/> "Leva med barn" (boken)                |
| <input type="checkbox"/> Plötslig spädbarnsdöd     | <input type="checkbox"/> Barnvaccinationsprogrammet             |
| <input type="checkbox"/> EPDS                      | <input type="checkbox"/> Alkohol                                |
| <input type="checkbox"/> Hälsobok                  | <input type="checkbox"/> Kemikalier                             |
| <input type="checkbox"/> Våld i barns uppväxtmiljö | <input type="checkbox"/> Utevistelse (klädsel, solskydd o.s.v.) |

### ÖVRIGT

.....

.....

.....