

<b>Barnets namn</b>		<b>Barnets personnr</b>		<b>Graviditetsveckor</b>
<b>Mor pnr</b>	Vårdnadshavare <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Födelseland	Språk	
Namn		Yrke	Tel arb	
Adress		<b>Familjesituation</b> 1=sammanboende föräldrar <input type="checkbox"/> 2=ensamstående föräldrar 3=Annan		
<b>Far/partner pnr</b>	Vårdnadshavare <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Födelseland	Språk	
Namn		Yrke	Tel arb	
Adress		<b>Familjesituation</b> 1=sammanboende föräldrar <input type="checkbox"/> 2=ensamstående föräldrar 3=Annan		
<b>SYSKON</b> Kod 1 = hel, Moder = 2M, Fader = 2F, Adoptiv = 3				
Född	Kod	Namn		
<b>Viktiga kontaktpersoner</b>		Relation	Telefon	
<b>Ammar</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej .....	<b>Hälsosamtal</b> <input type="checkbox"/> Kost <input type="checkbox"/> Fysisk aktivitet <input type="checkbox"/> Barns utveckling <input type="checkbox"/> Lekmiljö, stimulans <input type="checkbox"/> Skadeprevention <input type="checkbox"/> Tänder <input type="checkbox"/> Rökning <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Annan .....			
<b>Vikt</b> .....	.....			
<b>Förekomst i släkt</b>	Moder	Fader	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"/>
Krampsjd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan långvarig sjd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Synnedläggning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hörselnedsättning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Läs - o skrivsvårigheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Rökning</b>				
Före graviditet	Moder <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Fader <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Under graviditet	Moder <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Fader <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
0-4 veckor	Moder <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Fader <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hemmiljö <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
<b>Längd moder/fader</b>	Moder ..... cm		Fader ..... cm	
<b>BCG risk</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<b>PKU</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Datum .....		<b>OAE</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Datum .....
<b>Neonatalperiod u a</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<b>Egen brunn</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			