

Arbetsdokument: 8 månaders hembesök

Barnets namn och personnummer: _____

Adress: _____

Telefon: _____

Datum för besöket: _____

Närvarande: _____

Tolk: _____

Familjesituation: _____

Vårdnadshavarens frågor/funderingar : _____

Moder röker dagligen JA NEJ

Fader röker dagligen JA NEJ

Rökare i barnets hemmiljö JA NEJ

D-vitamin

Ammas: helt delvis övervägande ej amning

Vikt: _____ Längd: _____ Huvud: _____

Kommunikationsanamnes enligt Rikshandboken:

Tycker föräldrarna att barnet hör normalt? Ja/nej _____

Reagerar på telefonsamtal - dörrklocka? Ja/nej _____

Reagerar på röster, musik? Ja/nej _____

Kan barnet lokalisera varifrån ett ljud kommer? Ja/nej _____

Vänder sig barnet mot ljud? Ja/nej _____

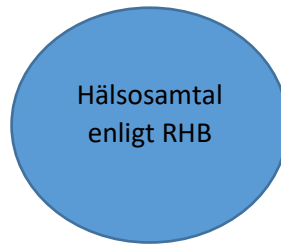
Roas av sina egna ljud? Ja/nej _____

Börjat jollra med stavelser (t.ex. da-da, ma-ma)? Ja/nej _____

”Pratar” med sina närmaste? Ja/nej _____

Har barnet haft öroninflammationer? Ja/nej _____

Finns det hörselskador som debuterat i barndomen inom familjen (syskon, föräldrar, far- och morföräldrar)? Ja/nej _____



Fått tandborste, borstar tänder: _____

Visar dialogläsning (lämnar ev. bok): _____

Nutritionsvanor: _____

Eliminationsvanor: _____

Sömnvanor: _____

Utveckling/ stimulans: _____

Digitala media och små barn: _____

Skadeprevention/Säkerhet: _____

Övrigt: _____
