

Barnets namn		Barnets personnr		Graviditetsveckor	
Födande pnr		Vårdnadshavare		Födelseland	
		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Språk	
Namn		Syssetsättning		Tel arb	
Telefon		Familjesituation		1=sammanboende föräldrar 2=ensamstående föräldrar 3=Annan	
SMS-påminnelse		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
Icke födande pnr		Vårdnadshavare		Födelseland	
		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Språk	
Namn		Syssetsättning		Tel arb	
Telefon		Familjesituation		1=sammanboende föräldrar 2=ensamstående föräldrar 3=Annan	
SMS-påminnelse		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
SYSKON					
Född			Namn		
Annan viktig person					
Namn		Relation		Telefon	
Ammar		Hälsosamtal			
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		<input type="checkbox"/> Kost		<input type="checkbox"/> Fysisk aktivitet	
<input type="checkbox"/> Tidigare amningserfarenhet		<input type="checkbox"/> D-vitamin		<input type="checkbox"/> Rökning	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		<input type="checkbox"/> Tänder		<input type="checkbox"/> Alkohol	
		<input type="checkbox"/> Skadeprevention		<input type="checkbox"/> Droger	
		<input type="checkbox"/> Annan		<input type="checkbox"/> Enskilt föräldrasamtal	
				<input type="checkbox"/> Fråga om våld	
				<input checked="" type="checkbox"/> BHVQ	
Förekomst i släkt					
	Moder	Fader	Syskon	Annan	
Allergi					
Diabetes					
Krampsjukdom					
Annan långvarig sjukdom					
Synnedsättning					
Hörselnedsättning					
Läs- och skrivsvårigheter					
Långvarig medicinering					
Rökning					
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
Längd moder/fader	Moder	_____ cm	Fader	_____ cm	
Vikt _____	PKU	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Datum _____	OAE	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Neonatalperiod u a	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Egen brunn	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	BCG-risk	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej