



Inför besök

Frågeformulär inför nybesök

Obesitas läkare

Nybesök datum.....

Barnets namn:

Personnummer:

Ifyllt av:

1. Uppgifter om barnets/ungdomens födelse, uppväxt och andra sjukdomar

Födelsevikt.....Födelselängd.....Född för tidigt Ja ☐ Nej ☐ vecka.....

Var det något anmärkningsvärt under graviditeten och förlossningen?

.....

Ammades barnet? Ja ☐ Nej ☐ Om ja, hur länge?.....

Fanns svårigheter med amning (ex snabbt uttröttad, sugproblem)

.....

Har barnet haft en normal utveckling?.....

.....

Tidigare sjukdomar hos barnet/ungdomen?.....

.....

Aktuella sjukdomar hos barnet/ungdomen?.....

.....

Mediciner?

Om barnet/ungdomen är flicka, har hon fått mens? Ja ☐ Nej ☐

Vid vilken ålder?

Är barnet fött i Sverige? Ja ☐ Nej ☐ Om nej, ålder då barnet kom till Sverige?..... Födelseland?

2. Ärftlighet

Är barnets/ungdomens biologiska föräldrar släkt (kusiner)? Ja ☐ Nej ☐

Finns tidiga dödsfall på grund av hjärt/kärlsjukdom i familjen (innan 65 år) Ja ☐ Nej ☐

	Högt blodtryck	Höga blodfetter	Diabetes typ 2
Mor	Ja ☐ Nej ☐	Ja ☐ Nej ☐	Ja ☐ Nej ☐
Far	Ja ☐ Nej ☐	Ja ☐ Nej ☐	Ja ☐ Nej ☐
Mormor	Ja ☐ Nej ☐	Ja ☐ Nej ☐	Ja ☐ Nej ☐
Morfar	Ja ☐ Nej ☐	Ja ☐ Nej ☐	Ja ☐ Nej ☐
Farmor	Ja ☐ Nej ☐	Ja ☐ Nej ☐	Ja ☐ Nej ☐
Farfar	Ja ☐ Nej ☐	Ja ☐ Nej ☐	Ja ☐ Nej ☐

	Längd (m)	Vikt (kg)	Födelseår	Födelseland	Kommentar
Mor					
Far					
Syskon 1					
Syskon 2					
Syskon 3					
Syskon 4					
Syskon 5					

3. Familj och social situation

Lever barnets biologiska föräldrar tillsammans? Ja ☐ Nej ☐

Om nej, beskriv boendeform (exempelvis växelvis boende):

.....

Vilka personer bor tillsammans i familjen? (syskon, halvsyskon, styvföräldrar, adoptivföräldrar etc)

Hur trivs barnet/ungdomen i skolan?.....

Hur går skolarbetet?.....

Läs- och skrivsvårigheter Ja ☐ Nej ☐ Specialklass Ja ☐ Nej ☐

Hur är barnets/ungdomens kamratrelationer?.....

Utsatt för trakasserier/mobbning?.....

Har ni/barnet/ungdomen haft kontakt med psykolog, kurator eller BUP och i så fall av vilken anledning?.....

.....

Hur upplever ni som föräldrar att barnet/ungdomen mår för tillfället (sätt ett kryss på skalan)

Mycket dåligt.....Mycket bra

Hur upplever barnet/ungdomen att han/hon mår för tillfället (sätt ett kryss på skalan)

Mycket dåligt.....Mycket bra

4. Uppgifter om barnets/ungdomens övervikt och hälsa

Ålder på barnet/ungdomen när övervikten uppmärksammades.....

ISO-BMI >30..... (fylls i av läkare)

Anser barnet/ungdomen att övervikten är ett problem? Ja ☐ Nej ☐

Om ja, på vilket sätt?.....

Anser andra att övervikten är ett problem? Ja ☐ Nej ☐ Vilka.....

Har ni haft kontakt med sjukvården med anledning av övervikten?

När?..... Var?.....

Dietistkontakt? När?.....Var?.....

Har ni försökt att göra något åt övervikten? Vad? Hur gammal var

barnet/ungdomen?.....

Resultat?.....

5. Fysisk aktivitet

Hur mycket rör sig barnet/ungdomen jämfört med jämnåriga?

Mindre ☐ Lika mycket ☐ Mer ☐

Deltar barnet/ungdomen i skolgymnastiken?

Ja, alltid ☐ Ibland ☐ Nej, nästan aldrig ☐

Var leker barnet mest? Inomhus ☐ Utomhus ☐

Vilket alternativ passar bäst in på ert barn/ungdom?

☐ **Stillasittande fritid**

Barnet/ungdomen ägnar sig mestadels åt läsning, tv-spel eller annan stillasittande sysselsättning på fritiden. Barnet/ungdomen promenerar, cyklar eller rör på sig på annat sätt **mindre än 2 timmar per vecka**

☐ **Måttlig motion på fritiden**

Barnet/ungdomen promenerar, cyklar eller rör sig på annat sätt under **minst 2 timmar per vecka**

☐ **Måttlig, regelbunden motion på fritiden**

Barnet/ungdomen motionerar regelbundet **1-2 gånger per vecka, minst 30** minuter per gång med gymnastik, simning, fotboll, ridning eller annan aktivitet som **gör att barnet/ungdomen svettas**

☐ **Regelbunden motion och träning**

Barnet/ungdomen ägnar sig åt gymnastik, simning, fotboll, ridning eller liknande i **genomsnitt minst 3 gånger per vecka**. Varje tillfälle varar **minst 30 minuter per gång och barnet/ungdomen svettas varje gång**

Vad för **fysisk aktivitet/motion** ägnar sig ditt barn/ungdom åt?

.....

Skärmtid – hur mycket tittar barnet/ungdomen på tv, dataspel eller tv-spel i snitt varje dag?

Mindre än två timmar ☐ Mellan 2-5 timmar ☐ Mer än 5 timmar ☐

Övrigt, är det något ni vill tillägga?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....