|  |
| --- |
|  |
| Navn: |  | Dato: |
| Kjønn | [ ]  Gutt  | [ ]  Jente | Fødselsdato: / / | Alder: |  |
| Adresse |  |  |  |
| Postnr: |  | Tlf: |  |
| Mor: |  |  |  | Alder: |  |
| Utdanning: |  |  |  |
| Far: |  |  |  | Alder: |  |
| Utdanning |  |  |  |
|  |  |
| Navn på den som fyller ut: |  |
|  |  |  |  |
| **Bakgrunn:** |  |  |  |
| Familiebakgrunn kan ofte være nyttig i å forstå et barns problem. **Vennligst kryss av enhver boks som er gjeldende:** |
| ***Har noen i familien hatt:*** | ***Søsken*** | ***Foreldre*** | ***Øvrig familie*** |
| Motoriske problemer |  |  |  |
| Leseproblemer |  |  |  |
| Språk/uttaleproblemer |  |  |  |
| Skole/læringsproblemer |  |  |  |
| Alkohol/rusproblemer |  |  |  |
| Angst, depresjon, andre psykiske avvik |  |  |  |
| Anfall/epilepsy |  |  |  |
| Oppmerksomhetsproblemer/hyperaktivitet |  |  |  |
| Vennligs fyll ut alle familiemedlemmer (samt de som ev har flyttet ut): |
| **NAVN** | **SLEKTSSKAP** | **ALDER** | **HJEMMEBOENDE?** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Foreldre er: Gift [ ]  Bor sammen [ ]  Skilt [ ]  Separert [ ]  Enke-/mann [ ]  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FØDSEL:** |  |  |  |

Beskriv graviditeten med gjeldende barn: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Opplevde du komplikasjoner? I tilfelle, hvilke: F.eks diabetes, høyt/lavt blodtrykk, svangerskapsforgiftning etc \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ble du vaksinert da du gikk gravid? [ ]  Ja [ ]  Nei

Var du hos tannlegen da du gikk gravid? [ ]  Ja [ ]  Nei Hvis ja – for hva? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Opplevde du spesielt belastende situasjoner under svangerskapet? F.eks død i familie, skilsmisse, sykdom etc? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vennligst kryss av for hva som passer best for din fødsel?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  Normal (ingen hjelpemidler) | [ ]  Problem med blodtype | [ ]  Keisersnitt |
| [ ]  Mor var syk | [ ]  Land/problematisk fødsel | [ ]  Hjelp av tang/ sugekopp |
| [ ]  Komplikasjoner under fødsel | [ ]  Epidural  | [ ]  Ble satt i gang |
| [ ]  Problemer med navlestrengen | [ ]  Setefødsel/ansiktet først |

Hadde ditt barn noen av de følgende problemene ved fødsel?:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  Pustevansker | [ ]  Hjerteproblem | [ ]  Infeksjon |
| [ ]  Lav fødselsvekt | [ ]  Problem med ledd | [ ]  Gulsot |
| [ ]  Feber eller anfall | [ ]  Behov for blodoverføring | [ ]  Intensiv behandling |
| [ ]  Sår | [ ]  Nerveproblemer |  |

Har/hadde ditt barn noen fødselsmisdannelser? [ ]  Ja [ ]  Nei

Hvilke?:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Beskriv ditt barns temperament som nyfødt:.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| [ ]  Vanskelig | [ ]  Rolig | [ ]  Søvnig | [ ]  Oversensitiv |
| [ ]  Irritabel | [ ]  Aktiv | [ ]  Lettskremt | [ ]  Gråt ofte |
| [ ]  Sosial | [ ]  Gretten | [ ]  Glad | [ ]  Årvåken |

Under de første 12mnd, var barnet:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Vanskelig å få til å sovne | [ ]  Ja | [ ]  Nei | Irritabel |  | [ ]  Ja | [ ]  Nei |
| Vanskelig å komme inn i rytme | [ ]  Ja | [ ]  Nei | Årvåken |  | [ ]  Ja | [ ]  Nei |
| Lett å trøste | [ ]  Ja | [ ]  Nei | Følsom |  | [ ]  Ja | [ ]  Nei |
| Overaktiv/ i konstant bevegelse | [ ]  Ja | [ ]  Nei | Sosial |  | [ ]  Ja | [ ]  Nei |
| Ammet? | [ ]  Ja | [ ]  Nei | Hvor lenge? |  |  |  |

Når ble fast føde introdusert? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hadde barnet matintoleranse? [ ]  Ja [ ]  Nei

Hvis ja, hvilke? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **UTVIKLING:** |
| Hvor gammel var barnet når hun/han: | Gjennomsnittlig alder | Omtrentlig alder  | Hvis du er usikker, vennligst angi |
| Satt | 4-7 mnd |  | Tidlig | Gj.snittlig | Sent |
| Gikk | 12-17 mnd |  | Tidlig | Gj.snittlig | Sent |
| Sluttet med bleie | 18-36 mnd |  | Tidlig | Gj.snittlig | Sent |
| Sa de første ordene | 12-17 mnd |  | Tidlig | Gj.snittlig | Sent |
| Begynte å bruke setninger | 36-60 mnd |  | Tidlig | Gj.snittlig | Sent |

**UTTALE OG SPRÅK:**

Har hørsel blitt testet? [ ]  Ja [ ]  Nei

Har han/hun hatt flere ørebetennelser? [ ]  Ja [ ]  Nei

Har han/hun hatt dren i øret/ørene? [ ]  Ja [ ]  Nei

Har barnet:

Tale/språkproblem? [ ]  Ja [ ]  Nei

Problem med å forstå hva som blir sagt? [ ]  Ja [ ]  Nei

Har han/hun hatt tale/språkevaluering? [ ]  Ja [ ]  Nei

Hvis ja, hvor? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Når? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RESULTAT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Har han/hun vært til logoped? [ ]  Ja [ ]  Nei

Går han/hun til trening nå? [ ]  Ja [ ]  Nei

Hvis ja, hvor? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hvor ofte?: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**MOTORISKE FERDIGHETER:**

Har han/hun problemer med finmotorikk(tegne, skrive)? [ ]  Ja [ ]  Nei

Har han/hun problemer med grovmotorikk (gå,løpe)? [ ]  Ja [ ]  Nei

Har han/hun vært til vurdering hos fysioterapeut? [ ]  Ja [ ]  Nei

Går han/hun til fysioterapeut nå?? [ ]  ja [ ]  Nei

Hvis ja, hvor?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hvor ofte?: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SYN**

Har barnet vært til optiker/øyelege? [ ]  Ja [ ]  Nei

Siste besøk?:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bruker han/hun briller? [ ]  Ja [ ]  Nei

Hvis ja, hvorfor?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| Har barnet hatt: |
| [ ]  Dobbelsyn | [ ]  Problemer med å følge med øynene |
|  |  |

**MEDISINSK BAKGRUNN**

Blir barnet regelmessig fulgt opp av:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  Fastlege | [ ]  Kiropraktor | [ ]  Osteopat |
| [ ]  Homeopat | [ ]  Tannlege | [ ]  Andre |

Har barnet hatt følgende episoder eller sykdommer?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| [ ]  Bronkitt | [ ]  Allergier | [ ]  Magevondt | [ ]  Kikhoste | [ ]  Skarlagensfeber |
| [ ]  Sengevæting | [ ]  Astma | [ ]  Krupp | [ ]  Meslinger | [ ]  Ørebetennelse |
| [ ]  Anfall | [ ] Kronisk forkjølelse | [ ]  Kolikk | [ ]  Kusma | [ ]  Røde hunder |
| [ ]  Vannkoppper | [ ]  Hjernehinnebetennelse |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Har barnet/har barnet hatt regulering? | [ ]  Ja  | [ ]  Nei |
| Har barnet amalgam fyllinger? Hvor mange? | [ ]  Ja  | [ ]  Nei |
| Hvor mange timer sover barnet i strekk? |  |  |
|  Er han/hun uthvilt om morgenen? | [ ]  Ja  | [ ]  Nei |
| Har barnet søvnproblemer? | [ ]  Ja  | [ ]  Nei |
| Har barnet spiseforstyrrelser? | [ ]  Ja  | [ ]  Nei |
|  |  |  |
| Har barnet problemer med hygiene? | [ ]  Ja  | [ ]  Nei |
| Klager barnet over vondter? (hodepine, magesmerter, voksesmerter,leddsmerter) | [ ]  Ja  | [ ]  Nei |
| Plages barnet med tørr hud, flass, hard hud på albuer, sprukkede hæler, stort tørstebehov, urinerer ofte? | [ ]  Ja  | [ ]  Nei |
| Har barnet fått noen vaksiner?  | [ ]  Ja  | [ ]  Nei |
| Hvis ja, hvilke: |  |  |  |
|  |  |  |
| Hadde barnet noen av følgende bivirkninger etter vaksine? | [ ]  Ja  | [ ]  Nei |
| [ ]  Utrøstelig gråt | [ ]  Høy feber | [ ]  Uregelmessig søvn |
| [ ]  Slapphet | [ ]  Irritabilitet | [ ]  Utviklet allergier |
| Har barnet fått antibiotika? Hvor mange ganger?  |  |
| Bruker barnet noen form for medisiner? | [ ]  Ja  | [ ]  Nei |
|  Hvis ja, hvilke? |  |  |  |
|  |  |  |
| Er barnet utsatt for miljøgifter (inkludert passiv røyking) | [ ]  Ja  | [ ]  Nei |
| Har barnet hatt noen alvorlige skader, fall etc? | [ ]  Ja | [ ]  Nei |
| Vennligst noter: |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**SKOLE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Trives barnet på skolen? | [ ]  Ja | [ ]  Nei |
| Hvis ikke, hvorfor? |  |
|  |
| Ved siden av hvert fag, indiker om det er en akademisk styrke eller svakhet hos barnet ditt: |
| Norsk | + [ ]  | - [ ]  | Matte | + [ ]  | - [ ]  | Musikk | + [ ]  | - [ ]  |
| Historie | + [ ]  | - [ ]  | Samfunnsfag | + [ ]  | - [ ]  | Andre: |  |  |
| Gym | + [ ]  | - [ ]  | Språk | + [ ]  | - [ ]  | : | + [ ]  | - [ ]  |
| Kunst | + [ ]  | - [ ]  |  |
|  |
| Ved siden av hver egenskap, indiker om det er en styrke eller svakhet hos barnet ditt: |
| Konsentrasjon | + [ ]  | - [ ]  | Organisering | + [ ]  | - [ ]  | Forberedelser | + [ ]  | - [ ]  |
| Håndskrift | + [ ]  | - [ ]  | Planlegging | + [ ]  | - [ ]  | “God” oppførsel | + [ ]  | - [ ]  |
| Hukommelse | + [ ]  | - [ ]  | Lese raskt | + [ ]  | - [ ]  | Muntlig meddeling | + [ ]  | - [ ]  |
| Følge med | + [ ]  | - [ ]  | Stave | + [ ]  | - [ ]  | Kroppslig uttrykk | + [ ]  | - [ ]  |
| Leseforståelse | + [ ]  | - [ ]  | Levere innleveringer i tide | + [ ]  | - [ ]  | Forståelse | + [ ]  | - [ ]  |
|  |
| Er det en kamp for å få gjort lekser? | [ ]  Ja  | [ ]  Nei  |

**ADFERD/MENTAL HELSE:**

|  |  |
| --- | --- |
| Beskriv alt av idrett eller aktivitet som barnet er involvert i: |  |
|  |
|  |

Hvor mange timer i uka bruker barnet ditt foran en skjerm:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Datamaskin |  | Telefon, iPad etc |  |
| Dataspill (DS, Wii, PS etc.) |  | TV |  |

Beskriv barnets forhold til familien – med foreldre og søsken: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Har barnet ditt mange venner? [ ]  Ja [ ]  Nei

Vil du si at barnet sliter med å bygge relasjoner eller virker dette enkelt? [ ]  Virker enkelt [ ]  Sliter [ ]  Ingen

Hvis han/hun sliter, hvorfor tror du det er slik? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Har barnet ditt noen problemer med venner/venninnner?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  Ingen | [ ]  Skryter til venner |  |
| [ ]  Slossing | [ ]  Avvist av venner | [ ]  over gjennomsnittet hengiven |
| [ ]  Erting/mobbing | [ ]  Misunnelse |

Har barnet god selvtillit? [ ]  Ja [ ]  Nei

Har barnet opplevd noe av det følgende, siste 12mnd?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  Ingen ting  | [ ]  Mor gravid | [ ]  Skilsmisse/seperasjon |
| [ ]  Byttet skole | [ ]  Fått et søsken | [ ]  Flyttet til nytt hjem |
| [ ]  Foresatt mistet jobb | [ ]  Noen i nær familie som har dødd | [ ]  Alvorlig sykdom i nær familie |
| [ ]  Andre: |  |

Føler du at barnet har noen av de følgende adferdsmønstrene, mer enn hva som er typisk for jevnaldrende?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  Lett rørt/sensitive | [ ]  Mobber/truer/erter | [ ]  Ofte irritabel |
| [ ]  Trosser de voksnes regler | [ ]  Starter slossing | [ ]  Varierende matlyst |
| [ ]  Ofte sint | [ ]  Blitt arrestert | [ ]  Manglende interesse |
| [ ]  Krangler ofte med voksne | [ ]  Fysisk truende ovenfor andre | [ ]  Søvnproblemer |
| [ ]  Mister ofte beherskelsen | [ ]  Ondskapsfull mot dyr | [ ]  Rastløs eller lat |
| [ ]  Skylder på andre | [ ]  Motoriske eller vokale tics | [ ]  Sliten/lite energi |
| [ ]  Irriterer andre med vilje | [ ]  Ødelegger eiendom/gjenstand | [ ]  Føler seg verdiløs |
| [ ]  Ofte ondskapsfull/hevngjerrig | [ ]  Tenner på med vilje | [ ]  Gråter lett |
| [ ]  Nekter å gå på skolen | [ ]  Lyver ofte | [ ]  Ofte lei seg |
| [ ]  Gjenntatte mareritt | [ ]  Stjeler | [ ]  Beslutningsvegring |
| [ ]  Uvanlige frykter | [ ]  Rømt hjemmefra | [ ]  Tenker på døden |
| [ ]  Panikkanfall | [ ]  Ekstreme humørsvingninger | [ ]  Snakker om selvmord |
| [ ]  Selvbevisst | [ ]  Viser ingen følelser | [ ]  Selvskader |
| [ ]  Overdrevent behov for å berolige | [ ]  Overreagerer på bråk/berøring | [ ]  Bruker narkotika nå |
| [ ]  Adferd som skader seg selv | [ ]  Merkelige/bisarre ideer | [ ]  Drikker alcohol  |
| [ ]  Bekymret for fremtidige hendelser | [ ]  Misbrukt dop | [ ]  Drukket alcohol tidligere |
| [ ]  Repeterer bestemte bevegelser | [ ]  Dårlig sosial omgang | [ ]  Klarer ikke å slutte å tenke på ting |
| [ ]  Kroppslige plager (hodepine, magevondt etc) | [ ]  Opprørt ved endring i rutine | [ ]  Vanskelig for å holde på vennskap |
|  |  |
|  | **Ingen ting** | **Litt** | **Ganske mye** | **Veldig mye** |
| Vennligst kryss av i kolonnen som beskriver barnet best: |
| Mislykkes ofte i å få med seg detaljer eller gjør slurvefeil på skolen eller i andre aktiviteter |  |  |  |  |
| Sliter med å holde oppmerksomheten oppe i oppgaver eller aktiviteter |  |  |  |  |
| Hører ofte ikke etter når han/hun blir snakket til |  |  |  |  |
| Fullfører ofte ikke instruksjoner eller gjør ikke ferdig lekser/innleveringer. |  |  |  |  |
| Har ofte problemer med å organisere oppgaver/aktiviteter. |  |  |  |  |
| Unngår ofte eller deltar motvillig i oppgaver/aktiviteter som krever mental tilstedeværelse over tid.  |  |  |  |  |
| Mister ofte ting som er nødvendig for en oppgsve/aktivitet (leker, blyanter, bøker, innleveringsoppgaver). |  |  |  |  |
| Lett å distrahere. |  |  |  |  |
| Glemmer ofte daglige aktiviteter. |  |  |  |  |
| Fikler ofte med noe, urolige ben eller sitter urolig på stolen.  |  |  |  |  |
| Forlater ofte et sted hvor det er forventet at man blir værende (skoletime, trening etc).  |  |  |  |  |
| Løper/klatrer ofte rundt i situasjoner hvor det er forventet å være i ro.  |  |  |  |  |
| Har ofte vansker med å delta rolig i rolige aktiviteter.  |  |  |  |  |
| Er ofte på farten. |  |  |  |  |
| Snakker overdrevent mye. |  |  |  |  |
| Kommer ofte med svaret før hele spørsmålet er stilt. |  |  |  |  |
| Problemer med å vente på tur |  |  |  |  |
| Avbryter/forstyrrer ofte andre. |  |  |  |  |

**DIN GRUNN FOR AT DU HAR KONTAKTET OSS:**

Beskriv med egne ord hvilke bekymringer du har for barnet ditt. Fyll gjerne inn tilleggsinformasjon som du anser som viktig for at vi skal vurdere barnet ditt på så god måte som mulig.

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Hva håper du denne vurderingen vil gi svar på?

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Ditt navn: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relasjon til barnet: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dato:\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_