

HEMBESÖK FÖRSTA – ARBETSBLAD

Datum för hembesöket

Namn Personnummer

Vårdnadshavare 1 (mor)

Namn Personnummer

Födelseland/språk Tolkebehov Ja Nej

Sysselsättning Telefonnummer

Vårdnadshavare 2 (far)

Namn Personnummer

Födelseland/språk Tolkebehov Ja Nej

Sysselsättning Telefonnummer

Syskon 1=hel, 2M=halv Moderns, 2F=halv Faderns, 3=adoptiv, 4=fostersyskon Kod

Namn Födelsedatum

Namn Födelsedatum

Namn Födelsedatum

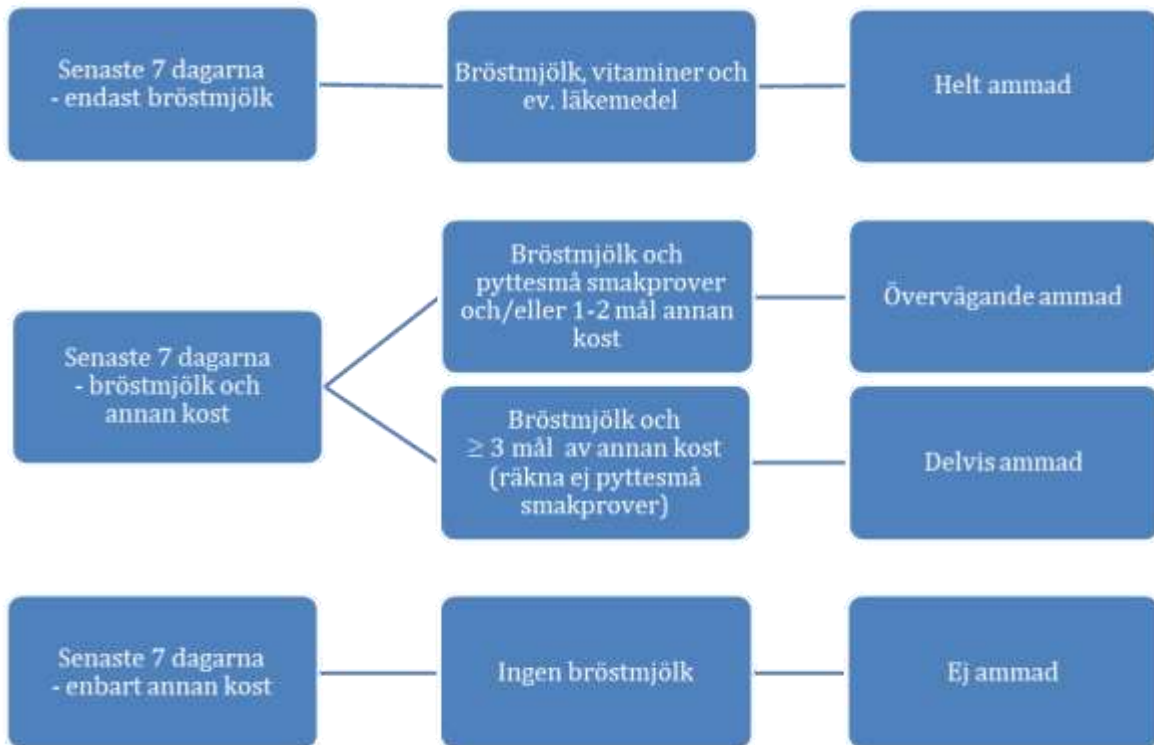
FÖREKOMST I SLÄKTEN

	Mor	Far	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"/>
Krampsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan långvarig sjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Synnedläggelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hörselnedläggelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Läs/skrivsvårigheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

UPPFÖDNING

Senaste 7 dagar Ammar helt Övervägande Delvis Annat

D-droppar



Vikt Längd Huvudomfång

Navel u.a. Rodnad Kladdig Fälld Ev. åtgärd:

INFORMERAT/VISAT

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Shaken Baby | <input type="checkbox"/> "Leva med barn" (boken) |
| <input type="checkbox"/> Plötslig spädbarnsdöd | <input type="checkbox"/> Barnvaccinationsprogrammet |
| <input type="checkbox"/> EPDS | <input type="checkbox"/> Alkohol |
| <input type="checkbox"/> Hälsobok | <input type="checkbox"/> Kemikalier |
| <input type="checkbox"/> Våld i barns uppväxtmiljö | <input type="checkbox"/> Utevistelse (kläder, solskydd o.s.v.) |

ÖVRIGT

.....

.....

.....