



Barnets namn:

Ålder:

Ifyllt:

Kön:

Datum:

Var snäll och läs igenom frågorna nedan och skriv J, K/L eller N i respektive ruta

- ❖ **J=Ja**
- ❖ **K/L = Kanske/Lite**
- ❖ **N= Nej**

Har du (eller någon annan, vem _____) varit oroad längre tid än några månader för barnets

1. Allmänna utveckling

2. Motorik/motoriska utveckling

3. Reaktionen vad gäller beröring, ljud, ljus, lukt, smak, värme, kyla, smärta

4. Kommunikation/språk/joller

5. Aktivitet (överaktivitet/passivitet) eller impulsivitet

6. Uppmärksamhet/koncentration/ "förmåga att lyssna/lystra"

7. Social förmåga/intresse för andra barn

8. Beteende (t ex ständiga upprepningar, krav på rutiner)

9. Humör (deprimerad, uppjagad, extremt irriterad, gråtattacker)

10. Sömn

11. Matvanor

12. Konstiga beteenden/frånvaroattacker

Om J eller K/L på något av ovanstående, var vänlig skriv några rader här nedan:

