



Barnets navn:..... Født: .....

## 4-ÅRSKONTROLLEN

Besvar gjerne disse spørsmålene som en forberedelse til foreldresamtalen, og ta den med til foreldresamtalen med helsesykepleier.

- |   | JA                       | NEI                      | DELVIS                   |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Er det noen problemer i forhold til barnets søvn? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Har barnet noen helseproblemer?                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

I så fall hvilke? .....

- |   |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Spiser barnet familiens mat og deltar i fellesmåltider?                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Opplever dere problemer med barnets appetitt?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Viser barnet god forståelse for det som det samtales om?                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Har barnet utydelig uttale som gjør det vanskelig å forstå hva det sier?                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Har dere noen bekymringer vedrørende barnets bevegelsesutvikling?                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Kan barnet kle på seg selv?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Liker barnet å være i fysisk aktivitet?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Kan barnet stå på ett ben i 4-6 sekunder?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Kan barnet hinke? (Gjennomføre et par hink, men med kaotiske bevegelser)                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Kan barnet ta imot ball? (Stor ball inn mot kroppen, vanskelig å ta imot liten ball enda) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Kan barnet sparke ball?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

JA      NEI      DELVIS

- Kan barnet ta blyantgrep?  JA     NEI     DELVIS
- Bruker barnet bleier dag/natt – urin/avføring?  JA     NEI     DELVIS
  
- Opplever du at barnet har venner?  JA     NEI
  
- Er det noe du/dere opplever som vanskelig og ønsker støtte/råd i forhold til?  JA     NEI
  
- Bor foreldre sammen?  JA     NEI
  
- Hvem bor barnet sammen med?  begge     mor     far  
 annet.....
  
- Er det andre dere har kontakt med vedrørende barnet?
  - PP-tjenesten                       Specialisthelsetjenesten
  - Logoped                               Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk
  - Fastlege                               Barnevernet
  - Annet

Fastlege:.....

Tlf. mor:..... Tlf. far: .....

Adresse mor:.....

Adresse far: .....

.....  
Foreldrenes/foresattes underskrift