

Behandlar-ID	Namn/Patient-ID	Ålder	Kön	Datum	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Förälders namn		Flicka	Pojke	Å Å M M D D
	<input type="text"/>				

Instruktion och förklaring till formuläret

Fyll i de **vita** fälten i formuläret. Ovan fyller du i barnets Namn/Patient-ID, Ålder, Kön, dagens Datum och ditt namn.

Här kommer ett antal frågor om händelser ditt barn kan ha upplevt någon gång under sin uppväxt.

Kryssa i "Nej" eller "Ja" för varje händelse och antal gånger den inträffat.

Med "familj" menas de personer som ditt barn huvudsakligen bor eller har bott med.

"En annan viktig person" är en vuxen eller kamrat som står ditt barn nära, men som barnet inte bor med.

Händelse	Fråga	Nej	Ja	Hur många gånger
1. Bilolycka där ditt barn eller någon annan person blivit skadad.	1. Har barnet varit med om en bilolycka?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	2. Har barnet sett en bilolycka som barnet själv inte var inblandad i?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	3. Har någon i barnets familj varit med om en bilolycka (utan att vara med när det hände)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	4. Har någon annan för barnet viktig person varit med om bilolycka (utan att vara med)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
2. Annan olycka, där ditt barn eller någon annan person blivit skadad	1. Har barnet varit med om en annan olycka?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	2. Har barnet sett en annan olycka som barnet själv inte var inblandad i?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	3. Har någon i barnets familj varit med om en annan olycka (utan att barnet var med när det hände)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	4. Har någon annan för barnet viktig person varit med om annan olycka (utan att vara med)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
3. Inläggning på sjukhus på grund av sjukdom (inte på grund av olyckorna i ovanstående frågor)	1. Har barnet blivit inlagd på sjukhus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	2. Har någon i barnets familj blivit inlagd på sjukhus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	3. Har någon annan för barnet viktig person blivit inlagd på sjukhus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
4. Dödsfall	1. Har någon i barnets familj dött?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	2. Har någon annan för barnet viktig person dött?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
5. Eldsvåda	1. Har barnet varit med om en eldsvåda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	2. Har barnet sett en eldsvåda i ett annat hus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
6. Naturkatastrof (t.ex. orkan, tsunami)	1. Har barnet varit med om en naturkatastrof?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
7. Blivit slagen eller skadad	1. Har barnet blivit slagen eller skadad av en vuxen i familjen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	2. Har barnet blivit slagen eller skadad av en annan person?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
8. Sett när någon annan blivit slagen eller skadad	1. Har barnet sett någon i familjen (mamma, syskon) bli slagen eller skadad av en vuxen i familjen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	2. Har barnet sett någon annan person bli slagen eller skadad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
9. Blivit bunden eller instängd i ett trångt utrymme	1. Har barnet blivit bundet eller instängt mot sin vilja?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
10. Utsatts för sexuella handlingar mot ens vilja	1. Har barnet utsatts för sexuella handlingar av en vuxen i familjen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	2. Har barnet utsatts för det av en annan person?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	3. Har barnet sett någon annan bli utsatt för det?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Namn/Patient-ID

Datum

A	A	M	M	D	D
---	---	---	---	---	---

Händelse	Fråga	Nej	Ja	Hur många gånger
11. Blivit hotad	1. Har barnet blivit hotad att någon ska skada det eller någon det bryr sig om?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
12. Blivit rånad	1. Har barnet blivit rånad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	2. Har barnet varit med när någon annan person blivit rånad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
13. Inbrott	1. Har barnet varit hemma när någon gjort inbrott?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	2. Har barnet kommit hem efter att någon gjort inbrott hemma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
14. Krigshandlingar	1. Har barnet varit mitt upp i ett krig där det hört eller sett bombningar eller skottlossning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
15. Flykt från hemland	1. Har barnet flytt från sitt hemland?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Här kommer några frågor som handlar mer om barnet livssituation under dess uppväxt. Svara på samma sätt som på de tidigare frågorna.

Händelse	Fråga	Nej	Ja	Under hur lång tid
16. Mobbning	1. Har barnet blivit mobbad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
17. Borta från föräldrarna	1. Har barnet mot sin vilja blivit skild från sina föräldrar för att bo någon annanstans?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
18. Känslomässig misshandel	1. Har barnet blivit utsatt för känslomässig misshandel (till exempel nedvärderad, nedtryckt, förnedrad)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
19. Skilsmässa	1. Har barnet upplevt skilsmässa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	2. Om ja: har de vuxna grälat och bråkat mycket efter skilsmässan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
20. Alkohol och droger i familjen	1. Har de vuxna i barnets familj haft problem med alkohol eller andra droger under barnets uppväxt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
21. Psykisk ohälsa i familjen	1. Har de vuxna i barnets familj haft psykiska problem under barnets uppväxt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
22. Långvarig sjukdom eller handikapp	1. Har, eller har barnet haft, en långvarig sjukdom eller ett handikapp under sin uppväxt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	2. Har någon av de vuxna det, eller har de haft det?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
23. Förälder i fängelse	1. Har någon av barnets föräldrar suttit i fängelse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>