

# Den norske mor og barn-undersøkelsen



+

## Spørreskjema før skolestart – ved ca. 5 år

+

**Skjemaet skal leses av en maskin. Derfor**

- I de små avkrysningsboksene setter du et kryss for
- Hvis du mener at du har satt kryss i feil boks, kan

**Dette skjemaet skal ikke brukes til utfylling.  
Ta kontakt med oss på morbarn@fhi.no eller  
tlf 53 20 40 40 hvis du trenger skjema.**

Oppgi dag, måned og år for utfylling av skjemaet

### Om barnet

#### 1. Hva er barnets høyde og vekt nå for tiden?

Høyde    cm      Vekt   ,  kg

Dato for måling   måned     år

#### 2. Hvem deler du husholdning med utover egne barn?

- Ektefelle  
 Samboer  
 Andre voksne  
 Andres barn  
 Ingen

#### 3. Dersom det bor barn i husholdningen, hvor mange barn på hvilken alder?

(Tell også med barnet du fyller ut skjemaet for)

Antall barn 5 år eller mer

Antall barn som er 3 eller 4 år

Antall barn fra 0 opp til 3 år

#### 4. Bor du sammen med barnets far?

- Ja     Nei     Har aldri bodd sammen med barnets far

Hvis NEI, hvor gammelt var barnet da dere flyttet fra hverandre?

,  år

### Barnepass

#### 5. Hvor passes barnet på dagtid nå for tiden?

(Du kan krysse av for flere valg.)

Antall timer per uke:

Dagmamma/praktikant/i park

Familiebarnehage

Privat barnehage

Offentlig barnehage

Andre i familien enn mor/far

#### 6. Dersom barnet går i barnehage, er det en avdelingsbarnehage eller basebarnehage?

- Avdelingsbarnehage    +  
 Basebarnehage

#### 7. Hvis barnet passes annet sted enn hjemme, hvor mange voksne passes barnet av f eks antall voksne i avdelingen?

voksne

#### 8. Hvor mange barn blir passet sammen med barnet? (Hvis barnehage, antall barn i samme avdeling.)

barn

#### 9. Hvor mange ganger har barnet byttet barnepassordning? (Ikke regn med bytte av avdeling innen barnehagen.)

ganger

#### 10. Hvor gammelt var barnet da det startet i nåværende barnepassordning?

måneder

#### 11. Mottar barnet ditt nå eller har det mottatt ekstra hjelp i barnehagen/blitt tildelt ekstra ressurser?

- Nei     Ja    Antall timer per uke

#### 12. Hvordan trives barnet i nåværende barnepassordning?

- Svært dårlig    Dårlig    Både godt og dårlig    Godt    Svært godt
-

### 13. Hvis barnet passes annet sted enn hjemme eller hos dagmamma, i hvor stor grad er du fornøyd med ulike sider ved barnepassordningen?

(Kryss av for hver linje den vurdering du vil gi; fra svært misfornøyd til svært fornøyd.)

		Svært misfornøyd	Mer misfornøyd enn fornøyd	Både fornøyd og misfornøyd	Mer fornøyd enn misfornøyd	Svært fornøyd
+						
1. Aktivitetsinnholdet i barnehagen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Barnehagens tilrettelegging for skoleforberedende aktiviteter .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. De ansattes kompetanse til å gjøre en god jobb med ditt barn .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Barnehagens mattilbud (sunn mat, riktig kosthold).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Informasjon om hvordan ditt barn har det.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						+

## Media og spill

14. Har barnet TV på eget rom?  Nei  Ja

15. Hvor mange timer ser barnet på TV/DVD eller spiller PC/TV-spill ...

	Ser aldri/spiller aldri	Mindre enn 1 time	Fra 1 time og opp til 3 timer	Fra 3 timer og opp til 5 timer	5 timer eller mer
1. På en typisk ukedag? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. På en typisk dag i helgen? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

16. Hvor ofte bruker barnet ...

	Daglig	4-6 dager i uken	2-3 dager i uken	1 dag i uken	Aldri/sjelden
1. PC/datamaskin hjemme? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. TV-spill/Håndholdte spill (f.eks. Playstation, Game Boy, PSP o.l.)? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. PC-/TV spill hvor formålet er pedagogisk (lære skolerelevante ting)? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Bøker som aktivisering og underholdning? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Tegning/maling ol. som aktivisering og underholdning? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Barnets utvikling og sykdommer

17. Her følger spørsmål om sykdom og helseproblemer hos barnet. Har barnet nå eller har det noen gang hatt følgende langvarige sykdommer eller helseproblemer?

	+		Hvis ja, ble sykdom/problem bekreftet av lege/psykolog?		Hvis ja, har barnet sykdom/problem fremdeles?	
	Nei	Ja	Nei	Ja	Nei	Ja
1. Astma .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Pollenallergi/høysnue .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tetthet/piping i brystet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Epilepsi.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Cerebral parese.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Nedsatt hørselsfunksjon .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Forsinket motorisk utvikling eller er klossete .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Forsinket eller avvikende språkutvikling .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Uvanlig urolig/hyperaktiv/ADHD .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Oppmerksomhetsproblemer/vansker med å konsentrere seg.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Autisme/autistiske trekk.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Asperger syndrom .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Atferdsproblemer (vanskelig og uregjerlig).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Emosjonelle vansker (trist eller engstelig) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Nedsatt synsfunksjon (lappebehandling/behov for briller daglig) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Annet, spesifiser .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

## 18. Mer om barnets helse

+

- |   | Nei                      | Ja                       |                |
|---|--------------------------|--------------------------|----------------|
| 1. Har barnet hatt en ulykkeskade med påfølgende diagnose?                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Beskriv: _____ |
| 2. Har barnet en lærevanske eller psykisk utviklingshemming?                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Beskriv: _____ |
| 3. Har barnet et syndrom eller er det mistanke om at det har det?                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Beskriv: _____ |
| 4. Har barnet hatt andre alvorlige, men <b>kortvarige</b> sykdommer?                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Beskriv: _____ |
| 5. Har barnet noen gang vært vitne til at en i nær familie har blitt utsatt for vold? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Beskriv: _____ |

+

## 19. Om milepæler i utviklingen

Nei Ja

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Begynte barnet ditt å si de første ord før fylte 2 år (ikke regn med ordene mamma og pappa)?          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Begynte barnet ditt å kombinere ord før fylte 2,5 år (sette sammen 2-3 ord til setninger)?            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Sluttet barnet ditt med bleier på dagtid før fylte 4 år (kryss ja hvis mindre enn 3 uhell i måneden)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## 20. Har en fagperson påvist at barnet nå eller tidligere har hatt redusert hørsel?

 Nei Ja

Hvis ja, ved hvilken alder?

(Sett evt. flere kryss)

 Før 18 mnd 18-36 mnd Etter 36 mnd

+

## 21. Har barnet vært henvist til følgende instanser?

Nei Ja

- |                                       |                          |                          |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Habiliteringstjenesten                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Barnepsykiatrisk poliklinikk/avdeling | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| PP-tjenesten                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Hvis ja, hvorfor?

\_\_\_\_\_

## 22. Har barnet ditt noen gang vært utredet for en språkforsinkelse eller andre vansker med språk/tale eller kommunikasjon?

 Nei Ja

Hvis ja: Hva var konklusjonen fra utredningen?

(Sett gjerne flere kryss):

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| 1. Alt var fint, ingen vansker                            | <input type="checkbox"/> |
| 2. Bare forsinket i å bruke språk, god språkforståelse..  | <input type="checkbox"/> |
| 3. Forsinket både i å bruke språk og i å forstå språk.... | <input type="checkbox"/> |
| 4. Uttalevansker  | <input type="checkbox"/> |
| 5. Stammer eller stotrer                                  | <input type="checkbox"/> |
| 6. Annet ved språket:                                     | <input type="checkbox"/> |

Beskriv: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

+

## 23. Har noen i barnets nære familie nå eller tidligere hatt følgende vansker? (Bare regn barnets biologiske slektninger.)

Vi er spesielt interessert med hensyn til barnets søsken eller mor og far, barnets besteforeldre, onkler, tanter eller barnets søskenbarn.

Nei Ja

Hvis ja, skriv hvilket slektskap det er til barnet

- |   |                          |                          |                  |
|---|--------------------------|--------------------------|------------------|
| 1. Var sen til å begynne å snakke som barn                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Slektskap: _____ |
| 2. Hadde vansker med å lære å lese og skrive                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Slektskap: _____ |
| 3. Hadde vansker med å uttale lyder riktig som barn (førskolealderen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Slektskap: _____ |

+

## 24. Om barnets uttale

(Kryss av fra 1-5 hvor 1 er svært vanskelig og 5 er svært lett.)

Svært vanskelig

Varierer

Svært lett

- |   | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Hvor lett er det for deg å forstå hva barnet ditt sier?                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Hvor lett er det for de som ikke kjenner barnet ditt å forstå det barnet sier? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## Kosttilskudd og spisevaner

25. Får barnet ditt noe av følgende kosttilskudd? (Sett et kryss for hver linje for både antall ganger og mengde og oppgi merkenavn.)

Flytende kosttilskudd	Nei	Antall ganger per uke				Mengde per gang			+
		6-7	4-5	1-3	<1	1 teskje	1 barneskje	1 spiseskje	
Tran	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Omega-3, merke _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sanasol/Biovit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Annet flytende kosttilskudd, merke _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Kapsler/tabletter	Nei	Antall ganger per uke				Antall per gang		
		6-7	4-5	1-3	<1	1	2	3+
Omega-3, merke _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tran	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Multivitaminer, merke _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fluortabletter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet kosttilskudd, merke _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Sjelden/ aldri	1 gang per uke	2-3 ganger per uke	4-6 ganger per uke	Hver dag
26. Hvor ofte spiser barnet frokost (hjemme eller i barnehagen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27. Vurder om dette stemmer for barnet ditt i løpet av de siste 6 månedene.

	Nei	Ja			
1. Har ditt barn noen gang spist så mye at de fleste ville være enige i at dette var en virkelig stor mengde mat? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
2. Har du hatt inntrykk av at barnet ditt ikke klarte å stoppe å spise, eller at barnet ikke kunne kontrollere hva eller hvor mye det spiste? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
+					
		2 ganger i uken eller mer	1 gang i uken	Sjeldnere	Aldri
3. Hvor ofte har ditt barn spist en virkelig stor mengde mat hvor du <u>samtidig</u> hadde inntrykk av at barnet ikke hadde kontroll? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Språk og førskoleaktiviteter

28. Om barnets evne til å følge med og fortelle

Her følger noen spørsmål om barns talespråk og hva de forstår. Kanskje har barnet ditt allerede gjort noen av de aktivitetene som blir beskrevet her og noen har barnet ikke begynt å gjøre ennå. Kryss av for hvert spørsmål det du synes passer for ditt barn.

	Ja	Av og til	Ikke ennå
1. Kan barnet fortelle deg minst to ting om en kjent gjenstand? Hvis du for eksempel sier: "Fortell meg om ballen din", vil da barnet svare noe slikt som "Den er rund, jeg kan kaste den, den er stor"? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Uten at du hjelper barnet ved å peke eller gjenta, kan det gjøre tre ting som ikke hører sammen, når du ber om det? Gi alle tre beskjedene før barnet starter. Du kan for eksempel be barnet "klapp i hendene, gå til døren og sett deg", eller "gi meg pennen, åpne boken og reis deg opp" .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
+			
3. Bruker barnet fire- og femordssetninger? For eksempel: "jeg vil ha bilen." .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Når dere snakker om noe som har skjedd, bruker barnet da ord som viser til fortid, for eksempel gikk, lekte, eller løp? Still barnet spørsmål som: "Hvordan klarte du å komme deg til butikken?" ("Vi gikk"). "Hva gjorde du hos kameraten din?" ("Vi lekte"). .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Bruker barnet sammenliknende ord som høyere, sterkere, kortere? Still spørsmål til barnet som: "Du er høy, men mamma er _____?" (høyere); "En hund er sterk, men bjørnen er _____?" (sterkere); "Pinnen er kort, men fyrstikken er _____?" (kortere). .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Kan barnet svare på følgende spørsmål: 1. "Hva gjør du når du er sulten?" (Godtatte svar er for eksempel: "Finner mat", "spiser", "ber om noe å spise", eller "finner meg noe godt".) 2. "Hva gjør du når du er trøtt?" (Godtatte svar er for eksempel: "Tar en lur", "hviler", "sover", "går til sengs" eller "setter meg ned"). .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Kan barnet gjenta de følgende setningene uten feil? Du kan gjenta hver av setningene en gang. Kryss av for "ja" dersom barnet gjentar begge setningene uten feil, kryss "av og til" dersom barnet gjentar en av setningene uten feil.			
"Arne gjemte skoene for at Marit ikke skulle finne dem."			
"Per leste den blå boken som var under sengen hans." .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
+			

### 29. Hvilket morsmål har barnets mor og far og hvilke(t) språk snakker barnet?

	Mors morsmål	Fars morsmål	Hvilke(t) språk snakker barnet? (sett gjerne flere kryss)
1. Norsk, svensk eller dansk .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Andre nordiske språk (islandsk, finsk) eller samisk .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Vesteuropaisk språk: (F.eks. tysk, engelsk, spansk).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Andre språk (østropaiske, asiatiske, tyrkiske, afrikanske).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 30. Om barnets språkerfaring.

Kryss av hvilke(t) språk som snakkes sammen med barnet.

	Bare norsk	Mer norsk enn annet språk	Like mye norsk som annet språk	Mer annet språk enn norsk	Bare annet språk
1. Hvilke(t) språk snakker du sammen med barnet ditt?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hvilke(t) språk snakker din ektefelle/samboer sammen med barnet? ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Hvilke(t) språk snakker barnet sammen med sine søsken? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 31. Forhold som henger sammen med språklige ferdigheter

Kryss av for hvert utsagn i forhold til hvor godt du synes det passer for ditt barn. Prøv å svare på alt selv om du ikke er helt sikker eller synes utsagnet virker rart. Er utsagnet bare delvis rett, krysses det av for tall mellom 1 og 5 avhengig av hvor godt du synes det passer for ditt barn.

	1	2	3	4	5
1. Glemmer ord som han/hun vet hva betyr.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Blander sammen ord med lik mening (f.eks. skjorte, genser, jakke) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Har vansker med å forstå hva vanlige ord betyr.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Har problemer med å svare på spørsmål like raskt som andre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Leter ofte etter de riktige ordene .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Bruker ufullstendige setninger .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Bruker korte setninger når han/hun skal svare på spørsmål .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Har vansker med å gjenfortelle en historie han/hun har hørt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Blir fort sliten i situasjoner som krever språklig oppmerksomhet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Det virker som om det han/hun lærer ikke fester seg.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Har vansker med å huske ting.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Vansker med å forstå hva andre sier .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Misforstår muntlige instruksjoner og beskjeder .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Har problemer med å huske beskjeder .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Misoppfatter situasjoner og hendelser .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Han/hun er vanskelig å forstå.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Har problemer med å gi uttrykk for ønsker og behov.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Blir ikke forstått av andre .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Tar sjelden initiativ til å snakke med andre .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Har problemer med å uttale ord riktig .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Mestrer ikke dialog med jevnaldrene.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Unngår helst å snakke med andre enn nær familie .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 32. Om barnets språklige kompetanse

Kryss av for hvor ofte du synes dette er typisk for barnet ditt.

	Sjelden eller aldri	En gang i blant	Regelmessig	Ofte eller bestandig
1. Det er vanskelig å forstå meningen i det barnet sier, selv om uttalen er tydelig. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Barnet stikker rekkefølgen når han/hun prøver å fortelle en historie eller noe som nylig har hendt. Dersom han/hun for eksempel skal fortelle om en film, kan han/hun starte med slutten i stedet for begynnelsen. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Bruker ord som "han" og "det" uten å gjøre det klart hva eller hvem han/hun snakker om. Eksempel: Når han/hun forteller om en film, kan han/hun si " Han var kjempeflink", uten å forklare hvem "han" er. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Barnet gir tydelig uttrykk for hva han/hun planlegger å gjøre i fremtiden (som for eksempel hva barnet skal gjøre i morgen eller hva barnet skal gjøre i ferien).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Det kan være vanskelig å avgjøre om det barnet snakker om er virkelighet eller fantasi.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Barnet forklarer på en klar og forståelig måte noe som har skjedd tidligere (for eksempel hva barnet gjorde i barnehagen, eller hva som skjedde under fotballkampen).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nei	Ja
7. Snakker barnet om ting som skjer litt fram i tid som til helgen, f.eks. "I morgen <b>skal</b> vi gå på kino"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Snakker barnet om ting som allerede har skjedd, f.eks. "I går <b>tok</b> vi bussen til barnehagen"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Snakker barnet om ting som kunne eller kan skje, f.eks. "Hvis han tar på platen, <b>kan</b> han brenne seg"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Snakker barnet på en spesiell måte når det leker at det er en annen, f.eks "Nå <b>var</b> du kongen og jeg <b>var</b> dronningen"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 33. Om barnets førskoleaktiviteter

	+	Svært dårlig/ dårlig	Gjennom- snittlig	God/ svært god
1. Hvor flink er barnet ditt til å fortelle en historie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hvor flink er barnet ditt til å formidle egne ønsker og behov slik at det blir forståelig for voksne og venner?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### I løpet av en typisk uke:

	Aldri	Sjelden	Noen ganger	Ofte	Svært ofte
3. Hvor ofte prøver du å lære barnet ditt å tegne bokstaver eller ord?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hvor ofte hjelper du barnet ditt med å klare å lese bokstaver og ord?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nei	Ja
5. Er barnet ditt vanligvis interessert i å skrive bokstaver?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Er barnet ditt vanligvis interessert i bøker?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Klarer barnet ditt å lese enkle ord?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Klarer barnet ditt å lese enkle setninger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Klarer barnet ditt å skrive navnet sitt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

  

10. Hvor lenge orker barnet ditt å sitte i ro når han/hun blir lest for?	
Liker ikke i det hele tatt	<input type="checkbox"/>
5 minutter eller mindre	<input type="checkbox"/>
6-15 minutter	<input type="checkbox"/>
16-45 minutter	<input type="checkbox"/>
Mer enn 45 minutter	<input type="checkbox"/>
Blir ikke lest for	<input type="checkbox"/>

+

## Barnets ferdigheter og væremåte

### 34. Barnets lek (Sett ett kryss for hver linje)

Det følgende kartlegger ulike måter som barn aktiviserer seg på i fri lek/beskjeftigelse inne. Selv om barnet varierer mye i forhold til hva og hvordan han/hun leker, prøv likevel å gi en vurdering av hvor vanlig de forskjellige tingene er hos dette barnet.

Synes du at barnet.....	Aldri	Nesten aldri	Noen ganger	Ofte	Svært ofte
1. Snakker og lager lyder til andre barn når de leker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Leker for seg selv og utforsker ting eller leker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Leker herjeleker med andre barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Inntar rollen som observatør eller tilskuer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Leker late-som-om-lek sammen med andre barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Deltar i gruppeleker (sisten, bro-bro-brille ol)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Holder på med late-som-om-lek for seg selv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Leker alene, bygger ting med klosser eller andre leker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Vandrer rundt uten mål og mening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Leker sammen med andre barn (ikke bare ved siden av)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Leker fantasilek, men ikke sammen med andre barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ser på eller følger med på hva andre barn gjør, men uten å ta initiativ til å delta	<input type="checkbox"/>	+	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Tar del i leke- og tulle-slåssing med andre barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Leker for seg selv, tegner, maler eller legger puslespill	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Tar del i aktiv samtale med andre barn under leken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Engasjerer seg i fantasilek med andre barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Leker alene, utforsker ting og prøver å finne ut hvordan de virker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Forblir alene og ubeskjeftiget, kanskje bare stirrer ut i luften	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Leker alene/er opptatt av enkel motorisk lek (løpe rundt, klatrer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Leker en kort stund med hver leke, fester seg ikke ved noe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 35. Om aktivitet og uro

Kryss av for hvert utsagn i hvilken grad det passer for barnet den siste måneden.

	+	Passer ikke	Passer litt	Passer bra	Passer veldig bra
1. Uoppmerksom, distraheres lett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Klarer ikke å holde på oppmerksomheten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Fikler med hender og føtter, vrir seg i stolen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Rotete eller uorganisert hjemme eller i barnehagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Deltar bare i det han/hun er veldig interessert i	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Problemer med konsentrasjonen eller oppmerksomheten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	+
7. Unngår, uttrykker motvilje mot eller har problemer med å engasjere seg i noe som krever utholdenhet (for eksempel aktiviteter i barnehagen eller å hjelpe til hjemme)....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Forts.

	Passer ikke	Passer litt	Passer bra	Passer veldig bra
8. Bli distrauert når han/hun blir bedt om å gjøre noe.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Konsentrasjonsproblemer i barnehagen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Forlater plassen sin i gruppen i barnehagen eller i andre situasjoner der det forventes at en skal sitte rolig.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Følger ikke ordentlig med når ting forklares og gjør ikke ferdig oppgaver i barnehagen eller plikter hjemme (ikke på grunn av uvilje eller vansker med å forstå hva som skal gjøres).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Bli lett frustrert ved anstrengelser .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 36. Om motorikk

Kryss av for hver linje om barnet ditt mestrer aktivitetene nevnt under godt.

	Nei	Ja
1. Synes du barnet ditt går, løper og klatrer som andre barn på den samme alderen? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Klarer å stå på én fot i minst 5 sekunder uten å vise problemer med å balansere.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Klarer å hinke mange ganger på én fot uten støtte .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Kaster ball sammen med andre barn; kaster til dem og klarer å ta i mot ballen minst halvparten av gangene.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Klarer selv å få fart i en huske og selv holde oppe farten i husken .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sykler på tohjuls sykkel, med eller uten treningshjul.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Legger selv et puslespill med 9 eller flere brikker.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Når han/hun tegner en firkant, så har den fine rette hjørner.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Klipper med saks og klarer selv å følge strekene på en enkel figur .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Tegner tegninger av et menneske som har både øyne, nese og munn samt armer, ben, hender og føtter (må ha med alle 7 delene for å svare JA).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Fargelegger innenfor strekene i en fargeleggebok .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Liker barnet å delta i aktiviteter eller i leker som krever gode motoriske ferdigheter? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 37. Om temperament og personlig stil

Hvor typisk er følgende atferd for ditt barn? (Kryss av for hver linje.)

	Svært typisk	Ganske typisk	Både og	Lite typisk	Ikke typisk
1. Barnet er alltid på farten .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Barnet er i aktivitet og løper omkring med en gang det våkner om morgenen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Barnet foretrekker rolige stillesittende leker framfor mer aktive. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Det skal lite til før barnet gråter .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Det skal lite til før barnet hisser seg opp eller blir lei seg .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Barnet reagerer intenst når det blir opphisset .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Barnet er svært sosialt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Det tar lang tid før barnet blir vant til fremmede .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Barnet er vennlig og tillitsfull mot fremmede .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Barnet vil heller leke med andre enn å leke for seg selv .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Barnet liker å være sammen med andre mennesker .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Barnet synes å være sammen med andre er morsommere enn noe annet ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 38. Om barnets evner og ferdigheter sammenliknet med jevnaldrende

Kryss av fra 1-5 for hver linje avhengig av hvor godt det passer for ditt barn

	Svært mye svakere		Typisk lik jevnaldrende		Svært mye flinkere
	1	2	3	4	5
1. Evne til å stille spørsmål ordentlig .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Evne til å svare på spørsmål ordentlig. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Evne til å si setninger klart nok til å bli forstått av fremmede.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Antall forskjellige ord han/hun kjenner.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Evne til bruke de ordene han/hun kan på en riktig måte. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Evne til å få formidlet et budskap til andre ved å snakke. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Evne til å finne de riktige ordene når han/hun snakker med andre. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Evne til å oppnå det han/hun vil gjennom å snakke. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Evne til å starte en samtale i gang sammen med andre barn. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Evne til å holde en samtale gående med andre barn.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Lengden på setninger han/ hun bruker. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Evne til å lage "voksenlignende" setninger. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Evne til å si lydene i alle ord riktig.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



### 39. Om barnets atferd og væremåte

Den følgende listen er utsagn som beskriver barns atferd og væremåte. I hvilken grad passer utsagnene for ditt barn vurdert slik det har vært de siste 2 månedene. (Kryss av for hver linje.)

	+	Passer ikke	Passer litt/ noen ganger	Passer godt/ ofte
1. Redd for å prøve nye ting .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kan ikke konsentrere seg/være oppmerksom lengre tid av gangen .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Kan ikke sitte stille, er urolig eller overaktiv .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Tåler ikke å vente. Vil ha alt med en gang .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Klenger på voksne eller er for avhengig .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> +
6. Gråter mye .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Trassig .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ønsker må oppfylles med en gang .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Blir urolig av enhver forandring av rutine .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Spiser dårlig .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Det merkes ikke på barnet når han/hun har gjort noe galt .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Er redd for visse dyr, situasjoner eller steder .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Kommer ofte opp i krangel .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Legger seg borti alt mulig .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Blir alt for urolig når han/hun blir skilt fra foreldrene .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Slår andre .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Nervøs, overfølsom eller anspent .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Grensesetting endrer ikke hans/hennes atferd .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Skifter raskt fra en aktivitet til en annen .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Magesmerter eller -krampe (uten medisinsk grunn) .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. For redd eller engstelig .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Ulykkelig, trist eller deprimert .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Kaster opp (uten medisinsk grunn) .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Klossete eller dårlig koordinasjon .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Barnet blir plaget/mobbet av andre barn .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Blir lett såret .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Blir lett sjenert eller flau .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 40. Hvor ofte hender det at barnet våkner om natten?

- 3 eller flere ganger per natt  
 1-2 ganger per natt  
 Noen ganger per uke  
 Sjelden, aldri

### 41. Omtrent hvor mange timer sover barnet vanligvis per natt på hverdager?

- 8 timer eller mindre  
 9 timer  
 10 timer  
 11 timer  
 12 timer eller mer

### 42. Om bekymringer

	Nei	Ja
1. Er du bekymret for hvordan barnet ditt klarer å snakke og uttale lyder? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Er du bekymret fordi barnet ditt er krevende og vanskelig å ha med å gjøre? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Er du bekymret fordi barnet ditt er lite interessert i å leke med andre barn? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Er du bekymret fordi barnets aktivitetsnivå er så høyt? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Har andre uttrykt bekymring for ditt barns atferd og utvikling? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Samlet sett, synes du at barnet <u>nå for tiden</u> har vansker på ett eller flere av følgende områder: <b>språk, følelser, konsentrasjon, oppførsel eller med å komme overens med andre?</b> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Hvis ja

	Nei	Ja, litt	Ja, mye
1. Blir barnet selv forstyrret eller plaget av vanskene? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Påvirker vanskene barnets daglige liv på noen av de følgende områder?			
- Hjemme/i familien .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Forhold til venner/samvær med jevnaldrende .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- I barnehage/park/hos dagmamma .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Fører vanskene til en belastning for deg eller familien som helhet? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Hvis barnet har vansker, hvor gammelt var barnet da vanskene startet? .....  år



## Spørsmål om deg selv

### 43. Hva er din vekt nå for tiden?

Vekt       kg

+

### 44. Er du gravid nå?

Nei  Ja

### 45. Hvordan er røykevanene i hjemmet nå?

	Deg selv	Din samboer/ ektefelle
1. Røyker ikke.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Røyker av og til.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Røyker daglig.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hvis daglig, antall sigaretter per dag.....	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

+

### 46. Hvor ofte drikker du alkohol nå for tiden?

- Omtrent 6–7 ganger per uke  
 Omtrent 4–5 ganger per uke  
 Omtrent 2–3 ganger per uke  
 Omtrent 1 gang per uke  
 Omtrent 1–3 ganger per måned  
 Sjeldnere enn 1 gang per måned  
 Aldri

+

### 47. Hvor mange alkoholenheter drikker du vanligvis når du nyter alkohol? Kryss av for både i helgen og hverdagen. (Se forklaring nedenfor.)

	I helgen	Hverdager
10 eller flere.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7-9.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5-6.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3-4.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1-2.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Færre enn 1.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Enheter alkohol

For å sammenligne ulike typer alkohol, spør vi etter det vi kaller alkoholenheter (= 1,5cl ren alkohol). I praksis betyr dette følgende:

1 glass (1/3 liter) øl	= 1 enhet
1 vinglass rød eller hvit vin	= 1 enhet
1 hetvinsglass, sherry eller annen hetvin	= 1 enhet
1 drammeglass brennevin eller likør	= 1 enhet
1 flaske rusbrus/cider	= 1 enhet

### 48. Har du hatt en alvorlig sykdom eller plage som har oppstått de siste 5 årene? (hjertesykdom, kreft, muskelsykdom, alvorlig kronisk sykdom som diabetes, psykisk sykdom, funksjonshemming eller annet)

Nei  Ja Hvis nei, fortsett med spørsmål 50

#### Hvis ja,

Oppgi hvilke(n) sykdom og kryss av om det er stilt en diagnose hos en lege og om du har vært innlagt på sykehus for denne lidelsen. Hvis du har blitt frisk oppgi alderen når du ble frisk.

Skriv navnet på sykdommen	Lege stilt diagnose		Sykehus-innleggelse		Hvis du er blitt frisk, omtrent hvor gammel var du?
	Nei	Ja	Nei	Ja	
1. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> år
2. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> år
3. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> år
4. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> år

### 49. Har denne eller disse sykdommene/plagene de siste 5 årene gjort det vanskelig for deg å fungere i ditt daglige liv?

- Nei  
 Ja, litt  
 Ja, en god del  
 Ja, svært mye

+

### 50. Har du noen gang hatt problemer med din fysiske eller psykiske helse som har hindret deg i arbeid eller sosiale aktiviteter med familie eller venner?

Nei  Ja

+

#### Hvis ja, hvor mye har problemene hindret deg?

	Svært mye	En god del	Noe	Litt	Ikke i det hele tatt
1. Fysiske helse .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Psykiske helse .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**51. Har du i løpet av de siste 2 ukene vært plaget med noe av de følgende? (Sett ett kryss for hver linje.)**

	Ikke plaget	Litt plaget	Ganske mye plaget	Veldig mye plaget
1. Stadig redd eller engstelig .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Nervøsitet, indre uro .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Følelse av håpløshet med hensyn til framtiden .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Nedtrykt, tungsindig .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> +
5. Mye bekymret eller urolig .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Følelse av at alt er et slit .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Føler deg anspent eller oppjaget .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Plutselig frykt uten grunn .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**52. Hvis du har en ektefelle/samboer/partner, hvor enig er du i disse beskrivelsene? (Sett ett kryss for hver linje.)**

	Svært enig	Enig	Litt enig	Litt uenig	Uenig	Svært uenig
1. Min partner og jeg har problemer i parforholdet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Jeg er svært lykkelig i mitt parforhold .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Min partner er generelt forståelsesfull .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Jeg er fornøyd med forholdet til min partner .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Vi er enige om hvordan barn bør oppdras .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**53. Hvor ofte hender dette hjemme hos dere? (Sett ett kryss for hver linje.)**

	Aldri	Nesten aldri	Noen ganger	Ofte	Alltid
1. Du lar barnet ditt forstå når han/hun gjør en god innsats .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Du truer med å straffe barnet ditt, og så gjennomfører du ikke straffen når det kommer til stykket .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Du har en hyggelig samtale med barnet ditt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Barnet snakker seg vekk fra å bli straffet etter å ha gjort noe galt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Du spør barnet ditt om hvordan hans/hennes dag i barnehagen har vært .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Du sier noe pent til barnet ditt når han/hun har gjort noe bra .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Du roser barnet ditt om han/hun oppfører seg pent .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Du snakker med barnet om hans/hennes venner .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Du lar barnet ditt slippe tidlig fra en straff (for eksempel oppheve restriksjoner/forbud tidligere enn du først sa) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

**54. Kryss av om du er enig eller uenig i de følgende påstander**

(Sett kryss for hver linje fra helt uenig til helt enig.)

	Helt uenig	Uenig	Litt uenig	Verken enig eller uenig	Litt enig	Enig	Helt enig
1. På de fleste måter er livet mitt nær idealet mitt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Livsbetingelsene mine er svært gode .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Jeg er fornøyd med livet mitt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Så langt har jeg oppnådd det som er viktig for meg i livet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hadde jeg kunne levd på nytt, ville jeg nesten ikke forandret noe ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Jeg trives godt i arbeidet mitt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**55. Har du i løpet av de siste årene opplevd noe av det følgende?**

	Nei	Ja, i løpet av det siste året	Ja, for 2-5 år siden
1. Har du hatt problemer på arbeidsplassen eller der du utdanner deg? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Har du hatt økonomiske problemer? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ble du skilt, separert eller avbrøt samlivet? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Har du hatt problemer eller konflikter med familie, venner eller naboer? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Har du vært alvorlig bekymret for om det er noe galt med barnet? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Har du vært alvorlig syk eller skadet? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Har en av dine nærmeste vært alvorlig syk eller skadet? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Har du vært utsatt for alvorlig ulykke, brann eller grovt tyveri? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Har du selv blitt utsatt for mishandling eller misbruk? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Har du mistet en som sto deg nær? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Andre alvorlige hendelser/opplevelser du har hatt: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Beskriv: \_\_\_\_\_

+

**56. Har noen av hendelsene nevnt i forrige spørsmål påvirket deg slik at du har blitt sykemeldt eller ikke klart å fungere i hverdagen/jobb?**

Nei  Ja

+

+

Listen under består av mange utsagn som kan passe eller ikke passe som beskrivelse av deg og din person. Kryss av på hver linje for hvordan du synes hvert utsagn passer som beskrivelse av deg selv.

Hvis du synes et spørsmål er vanskelig å svare på, kan du hoppe over det og gå videre til neste spørsmål.

**57. Beskriv deg selv slik du generelt er: (Kryss av for hver linje.)**

	Svært uenig	Nokså uenig	Verken eller	Nokså enig	Svært enig
1. Liver opp i et selskap.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Bryr meg lite om hvordan andre har det .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Er alltid godt forberedt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Blir lett stresset .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Har et rikt ordforråd .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Snakker ikke mye.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Er interessert i andre mennesker .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Legger igjen ting rundt omkring .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Er avslappet mesteparten av tiden.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Har problemer med å forstå abstrakte idéer .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	+	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Føler meg vel sammen med andre .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Fornærmer folk.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Er oppmerksom på detaljer .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Bekymrer meg for mange ting .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Har en livlig fantasi.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Holder meg i bakgrunnen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Har medfølelse med andre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Roter ofte til ting .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Føler meg sjelden nedfor .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Er ikke interessert i abstrakte idéer .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Tar initiativ til samtaler.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Er ikke interessert i andres problemer .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Får oppgaver unnagjort med en gang .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Blir lett urolig .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Har utmerkede idéer .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Har lite å si .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Er godhjertet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Glemmer ofte å sette ting tilbake på plass.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Blir lett opprørt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Har ikke god forestillingsevne.....	+	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Snakker med mange mennesker i selskaper.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Er egentlig ikke interessert i andre mennesker.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Liker orden og ryddighet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Skifter mye i humør .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Er rask til å forstå ting.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Liker ikke å tiltrekke meg oppmerksomhet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Tar meg tid til å stille opp for andre .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Skulker unna plikter .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Har ofte humørsvingninger .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Bruker ofte vanskelige ord.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Har ingenting imot å være midtpunkt for oppmerksomhet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Er oppmerksom på andres følelser.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Gjør ting etter planen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Blir lett irritert.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Bruker tid til å tenke over ting.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+	Svært uenig	Nokså uenig	Verken eller	Nokså enig	Svært enig
46. Er stille sammen med fremmede .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Får andre til å føle seg vel.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Er grundig i mitt arbeid .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Føler meg ofte nedstemt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Er full av idéer .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

**58. Vi ønsker å legge til rette for barnehageforskning i MoBa og se på sammenhengen mellom barnehagekvalitet og helse. I den forbindelse ber vi deg oppgi navnet på barnehagen(e) som barnet går eller har gått i, når det var, og hvilken kommune barnehagen ligger i. Dette vil gjøre oss i stand til å innhente opplysninger fra et offentlig register om barnehager (BASIL) slik at vi kan sammenligne ulike barnehager med hensyn til hvor mange ansatte barnehagen har, antall ansatte med førskolelærerutdanning, antall kvadratmeter, og andre ressurser.**

Mitt barn har aldri gått i barnehage:

+

Start med den første barnehagen barnet gikk i

Barnehagens navn	Kommune	Når begynte barnet i barnehagen		
<i>(Feks Kløverenga barnehage)</i>	<i>(Nes)</i>	<i>(Høst X</i>	<i>Vår</i> <input type="checkbox"/>	<i>År 2 0 0 9)</i>
1. ....	.....	Høst <input type="checkbox"/>	Vår <input type="checkbox"/>	År <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2. ....	.....	Høst <input type="checkbox"/>	Vår <input type="checkbox"/>	År <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
3. ....	.....	Høst <input type="checkbox"/>	Vår <input type="checkbox"/>	År <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
4. ....	.....	Høst <input type="checkbox"/>	Vår <input type="checkbox"/>	År <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

## Kommentarer

---



---



---



---



---

**Har du husket å fylle ut dato for utfylling av skjema på side 1?**

Tusen takk for at dere fortsatt er med i Den norske mor og barn undersøkelsen!

+

+