

Hälsosamtal om levnadsvanor
Datum:

Ditt barns namn:		Född:	
Vid besöket på BVC kommer vi att samtala om ditt barns mat och rörelsevanor. Vi kommer också tala om dina/era tankar kring alkohol och föräldraskap.			
MATVANOR			
1. Hur är ditt barns matlust?			
2. Vad brukar ditt barn äta en vanlig dag?			
Frukost			
Lunch			
Mellanmål Hur många mellan mål?			
Middag			

3. Vad brukar ditt barn dricka till måltiden och mellan måltiderna?			
4. Vem bestämmer vad och hur mycket ditt barn ska äta?			
5. Hur ofta äter ditt barn kakor, kex, glass, godis, snacks eller liknande?	<input type="checkbox"/> dagligen <input type="checkbox"/> flera ggr/vecka <input type="checkbox"/> 1 gång/vecka	<input type="checkbox"/> aldrig	
RÖRELSEVANOR			
6. På förskolan. Hur ofta leker ditt barn ute?			
7. Hemma. Hur ofta leker ditt barn ute?			
8. Hur mycket tid uppskattar du att ditt barn sitter vid TV / dator varje dag ?	<input type="checkbox"/> 30 min <input type="checkbox"/> 1 timme	<input type="checkbox"/> 2 timmar <input type="checkbox"/> 3 timmar	
ALKOHOL OCH FÖRÄLDRASKAP			
9. Hur tror du/ni barn reagerar när de är tillsammans med vuxna som är påverkade av alkohol?			
10. Vilka tankar har du/ni kring alkohol/föräldraskap?			