

Livsstilsoplysninger til børneundersøgelse

Barnets navn: cpr-nr.:

Forældre:

Hvor passes barnet?

Hvordan transporteres barnet til pasning?

Hvilke aktiviteter i pasningsordningen synes dit barn er de sjoveste? Nævn gerne flere.

Hvilke aktiviteter i hjemmet synes dit barn er de sjoveste? Nævn gerne flere.

Hvilke muligheder er der for leg og bevægelse i og omkring jeres bopæl?

Er der nogen i jeres familie, der dyrker idræt i fritiden?

Ja Nej

Hvis ja – hvem?



Hvilken form for idræt?

Hvor ofte?

Hvor mange minutter løber og leger dit barn i hjemmet om dagen?

0-30 min.

30-60 min.

60-90 min.

Mere

Hvor mange minutter bruger dit barn på tv og/eller pc om dagen?

0-30 min.

30-60 min.

60-90 min.

Mere

Hvor mange gange om ugen leger du med dit barn?

Aldrig

1-2 gange

3-4 gange

Mere



Hvordan vil du beskrive dit barns appetit?

For stor appetit

God appetit

Almindelig appetit

For lille appetit

Ved ikke

Hvor mange dage om ugen spiser hele familien morgenmad sammen?

_____ dage

Hvor mange dage om ugen spiser hele familien aftensmad sammen?

_____ dage

Hvordan vil du beskrive måltiderne med barnet?

Meget konfliktfyldt

Lidt konfliktfyldt

Nogenlunde hyggeligt

Meget hyggeligt

Ved ikke

Hvor mange dage om ugen spiser dit barn morgenmad?

_____ dage



Hvor mange måltider spiser dit barn hver dag?

1-2

3-4

5-6

7-8

Hvor mange gange om ugen spiser dit barn slik, chips, chokolade eller is?

0-1 gange

2-3 gange

4-5 gange

6-7 gange

Hvad drikker dit barn? Sæt gerne kryds i flere.

Mælk

Kakaomælk

Drikkeyoghurt

Juice

Saftevand

Sodavand



Vand

Hvor mange gange om ugen drikker dit barn sodavand, juice, drikkeyoghurt eller saft?

0-1 gange

2-3 gange

4-5 gange

6-7 gange

Hvor mange gange i løbet af ugen spiser dit barn burger, pommefrites, pølser eller pizza?

0-1 gange

2-3 gange

4-5 gange

6-7 gange

Hvad er dit barns livretter?



Spiser dit barn madpakke til frokost?

Ja Nej Som regel

Er der altid frugt eller grøntsager hjemme?

Ja Nej Som regel

Spiser dit barn frugt hver dag?

Ja Nej Som regel

Spiser dit barn grøntsager hver dag?

Ja Nej Som regel

Er dit barn overvejende glad?

Ja Nej Ved ikke

Lider dit barn af astma?

Ja Nej

Klager dit barn ofte over ondt i benene?

Ja Nej Sommetider

Klager dit barn ofte over ondt i maven?

Ja Nej Sommetider



Har dit barn ofte hovedpine?

Ja Nej Sommetider

Andet?

Hvordan har de øvrige familiemedlemmer det? (forældre og søskende til barnet).

Er der nogen af dem, der har nogle af nedenstående sygdomme?

Anoreksi, bulimi eller andre spiseforstyrrelser

Ja Nej Hvis ja – hvem?

Type 1-sukkersyge

Ja Nej Hvis ja – hvem?

Type 2-sukkersyge

Ja Nej Hvis ja – hvem?

Hjertesygdom

Ja Nej Hvis ja – hvem?

Forhøjet blodtryk

Ja Nej Hvis ja – hvem?

Forhøjet kolesteroltal

Ja Nej Hvis ja – hvem?

Andet?

