

| | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|---------------------|----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Vaccin mot (markera med kryss) | annan | | | | | | | | | | | | |
| | | Rotavirus | | | | | | | | | | | |
| | | Hepatit B | | | | | | | | | | | |
| | | Tuberkulos | | | | | | | | | | | |
| | | Pässjuka (Parotit) | | | | | | | | | | | |
| | | Röda hund (Rubella) | | | | | | | | | | | |
| | | Mässling (Morbilli) | | | | | | | | | | | |
| | | Pneumokocker | | | | | | | | | | | |
| | | Hemofilus Inf B | | | | | | | | | | | |
| | | Polio | | | | | | | | | | | |
| | | Kikhosta (Pertussis) | | | | | | | | | | | |
| Vaccin mot (markera med kryss) | Stelkramp (Tetanus) | | | | | | | | | | | | |
| | Difteri | | | | | | | | | | | | |
| Datum | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |

HÄLSOKORT (medtages till barnvårdscentral och läkare)

Personnr

Namn

Adress

Tfn

Barnvårdscentral (adress och telefon)

Sjuksköterska/Läkare

| Viktiga sjukdomar, allergier, viktig medicinering. Vad | År |
|--|----|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Bevara kortet som vaccinationsdokument även i vuxen ålder

| Datum | Ålder år, mån | Vikt, kg | Längd, cm | Huvudomf | Anteckning |
|-------|------------------|----------|-----------|----------|------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| Datum | Ålder år, mån | Vikt, kg | Längd, cm | Huvudomf | Anteckning |
|--------------------------------------|------------------|--------------------------|---------------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Födelseuppgifter | | | | Bröstmjök | |
| | | | | helt till mån ålder | |
| Vikt, kg | Längd, cm | Huvudomf, cm | | delvis till mån ålder | |
| | | | | | |
| Hörselkontroll (OAE/BOEL etc) | | | Synkontroll | | |
| Datum | | <input type="checkbox"/> | Ua | Datum | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | Anm | | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | Anm | | <input type="checkbox"/> |
| Datum | | <input type="checkbox"/> | Ua | Datum | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | Anm | | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | Anm | | <input type="checkbox"/> |
| UTVECKLING (ålder, mån/år) | | | | | |
| Kommunikation | | | Motorik | | |
| Fixerar blicken | | | Rör armar och ben liksidigt | | |
| Svarsleende | | | Håller upp huvudet i bukläge | | |
| Jollrar nyanserat | | | Flyttar föremål mellan händerna | | |
| Förstår enstaka ord | | | Reser sig, går utmed möbler | | |
| Talar 8-10 ord | | | Går säkert utan stöd | | |
| Berättar begripligt | | | Hoppar på ett ben | | |