



## Frågeformulär – Barnet 2 år

Innehåller frågor om  
hälsa, livsstil och bostad

Var vänlig och sänd in den ifyllda enkäten i bifogat frankerat svarskuvert!

**Kontaktpersoner:**

Carl-Gustaf Bornehag  
Professor, projektledare  
carl-gustaf.bornehag@kau.se  
054-700 25 40

Malin Larsson  
Doktorand  
malin.larsson@kau.se  
054-700 25 34

Staffan Janson  
Professor, barnläkare  
staffan.janson@kau.se  
054-700 25 17



[www.selmastudien.se](http://www.selmastudien.se)





# Familjen och livsstil

1. Vad har Ni för familjesituation?

- Sammanboende .....   
Ensamstående.....   
Annan familjesituation .....

2. Vad är Er aktuella sysselsättning  
(flera alternativ möjliga)?

- |   | Mamma                    | Pappa                    |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Arbetar   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Föräldraledig   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Studerande  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Arbetssökande   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sjukskriven sedan mer än 3 mån                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hemarbete   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Uppbär sjuk- eller aktivitets-<br>ersättning (förtidspensionerad) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Annat   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3a. Om Ni arbetar, vilka är Era huvudsakliga arbeten?

- Mamma .....
- .....
- Pappa .....
- .....

3b. Om Ni arbetar, hur många timmar per vecka  
yrkesarbetar Ni i genomsnitt?

- | Mamma | Pappa |                           |
|-------|-------|---------------------------|
| ..... | ..... | Normal tid (timmar/vecka) |
| ..... | ..... | Övertid (timmar/vecka)    |

4a. Vistas barnet på förskola eller hos dagmamma?

- Ja, på förskola mer än 15 tim/vecka .....   
Ja, på förskola 15 tim/vecka eller mindre.....   
Ja, hos dagmamma .....   
Nej, men har varit på förskola tidigare .....   
Nej, aldrig .....

4b. Om barnet går eller har gått på förskola, vid vilken  
ålder började barnet där? .....

5. Hur många yngre syskon (hel- och halvsyskon) bor  
i bostaden? .....

6. Hur många äldre syskon (hel- och halvsyskon) bor  
i bostaden? .....

## Pälsdjur

7. Har Ni pälsdjur i Er nuvarande bostad?

- Nej.....   
Ja.....

8. Har Ni gjort Er av med pälsdjur på grund av allergi?

- Nej.....   
Ja.....

9. Har Ni avstått från att skaffa pälsdjur på grund av  
allergi?

- Nej.....   
Ja.....

## Tobak

10a. Röker någon i familjen?

- Nej, ingen.....

- |           | Dagligen                 | Ibland                   |
|-----------|--------------------------|--------------------------|
| Ja, mamma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ja, pappa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ja, annan | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

10b. Om Ja, var förekommer tobaksrökning i bostaden  
(flera alternativ möjliga)?

- Ute på balkong/uteplats.....   
Under köksfläkt.....   
I de flesta rum.....

11. Snusar någon i familjen?

- Nej.....   
Ja, mamman.....   
Ja, pappan .....

## Barnets bostad

De flesta frågorna i detta avsnitt avser barnets huvudsakliga bostad, dvs där barnet bor den största delen av tiden.  
Med barnets rum menas det rum där barnet huvudsakligen sover.

### 12. I vilken typ av bostad bor barnet?

- Fristående villa (småhus) .....   
 Radhus eller kedjehus .....   
 Lägenhet i flerbostadshus .....   
 Annat .....

### 13. Var är barnets bostad belägen?

- Innerstadsområde/stadskärna .....   
 Annat tätbebyggt område .....   
 Landsbygd nära trafikerad väg .....   
 Landsbygd långt ifrån trafikerad väg .....

### 14. Äger Ni bostaden?

- Ja, som eget ägande .....   
 Ja, som bostadsrätt .....   
 Nej, vi hyr den .....

### 15. Vilken typ av golvbeläggning finns i bostaden (sätt ett kryss i lämplig ruta för föräldrarnas och barnets sovrum samt kök)?

	Föräldrarnas sovrum	Barnets rum	Kök
Linoleum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plastmatta /PVC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trä/parkett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laminat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klinker/sten/kakel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heltäckningsmatta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kork-o-plast	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat/vet ej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 16. I vilket rum brukar barnet sova (ange endast ett alternativ)?

- Eget rum .....   
 Delar sovrum med syskon .....   
 Föräldrarnas sovrum .....   
 Sover i olika rum .....

### 17a. Har bostaden genomgått någon större ombyggnad eller tillbyggnad under de senaste 12 månaderna?

- Nej .....   
 Ja .....   
 Vet ej .....

### 17b. Om Ja, berodde ombyggnaden på fukt- och mögelproblem i bostaden?

- Nej .....   
 Ja .....   
 Vet ej .....

### 18a. Har golvbeläggningen bytts ut i något av följande rum under de senaste 12 månaderna?

	Nej	Ja
Barnets rum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Föräldrarnas sovrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat rum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 18b. Om Ja, vilket golvmaterial lades in?

	Föräldrarnas sovrum	Barnets rum	Annat rum
Linoleum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plastmatta /PVC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trä/parkett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laminat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klinker/sten/kakel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heltäckningsmatta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kork-o-plast	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat/vet ej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 18c. Om Ja, berodde detta på fukt- och mögelproblem i bostaden?

- Nej .....   
 Ja .....   
 Vet ej .....

### 19a. Har något av följande rum målats om efter barnets födelse?

	Nej	Ja
Barnets rum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Föräldrarnas sovrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat rum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om Nej, gå till fråga 20.

### 19b. Om Ja, vad målade Ni om och med vilken typ av färg?

	Vatten- baserad färg	Lösnings- medels- baserad färg
Väggar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Möbler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Finns det synligt mögel på golv, väggar eller tak i något av följande rum?

	Nej	Ja	Vet ej
Barnets rum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Föräldrarnas sovrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat rum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Badrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Finns det synliga fuktfläckar på golv, väggar eller tak i något av följande rum?

	Nej	Ja	Vet ej
Barnets rum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Föräldrarnas sovrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat rum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Badrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. Finns det misstänkta fukt- och mögelproblem i golv, väggar eller tak som inte syns invändigt (ej källare)?

Nej .....	<input type="checkbox"/>
Ja .....	<input type="checkbox"/>
Vet ej.....	<input type="checkbox"/>

23. Finns det missfärgade/svartade golv av parkett eller kork-o-plast i bostaden (ej källare)?

Nej .....	<input type="checkbox"/>
Ja .....	<input type="checkbox"/>
Vet ej.....	<input type="checkbox"/>

24. Finns det lossnande, bubblande eller missfärgade golvmattor (t ex plastmatta eller linoleum) i något av följande rum (ej källare)?

	Nej	Ja	Vet ej
Barnets rum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Föräldrarnas sovrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat rum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Badrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25. Har det förekommit översvämning eller andra typer av vattenskador i följande rum (ej källare)?

	Nej	Ja, tidigare	Ja, det senaste året	Vet ej
Barnets rum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Föräldrarnas sovrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vardagsrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kök eller annat rum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Badrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26. Förekommer det vintertid kondens eller imma nedtill på insidan av fönsterrutor i följande rum?

	Nej aldrig	Ja, mindre än 5 cm	Ja, 5-25 cm	Ja, mer, än 25 cm	Vet ej
Barnets rum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Föräldrarnas sovrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vardagsrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kök	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27. Har Ni under de senaste 3 månaderna känt Er besvärade av någon eller några av följande lukter i bostaden (ej källare)?

	Nej aldrig	Ja, ibland	Ja, ofta (varje vecka)
Instängd "dålig" luft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obehaglig lukt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stickande lukt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mögellukt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
"Jordkällare"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tobaksrök	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Torr luft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28. Vilken typ av ventilationssystem finns i bostaden (flera alternativ möjliga)?

Självdraagsventilation utan köksfläkt .....	<input type="checkbox"/>
Självdraagsventilation med köksfläkt .....	<input type="checkbox"/>
Central fläkt som suger ut luft ur bostaden (frånluftssystem) .....	<input type="checkbox"/>
Central fläkt som både suger ut luft och tillför ny luft (till- och frånluftssystem).....	<input type="checkbox"/>
En extra liten fläkt (t.ex. PAX-fläkt) i badrum som inte går hela tiden .....	<input type="checkbox"/>
Vet ej .....	<input type="checkbox"/>

29. Vilken typ av anläggning används för uppvärmning av bostaden (flera alternativ möjliga. Ange vad som är huvudkälla)?

	Ja	Huvudkälla
Fjärrvärme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berg- eller jordvärmepump	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Direktverkande el	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luftvärmepump	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frånluftsvärmepump	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Braskamin/kakelugn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Värmepanna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vet ej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Familjens hälsa

Med barnet menar vi det barn som är med i Selmastudien.

30a. **Har Ni astma eller allergiska besvär i familjen?**

Nej .....   
Ja .....

30b. **Om Ja, mamma:**

	Nej	Ja	Använder medicin
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hösnuva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eksem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30c. **Om Ja, pappa:**

	Nej	Ja	Använder medicin
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hösnuva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eksem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30d. **Om Ja, syskon:**

	Nej	Ja	Använder medicin
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hösnuva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eksem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31. **Har Ni någon födoämnesöverkänslighet i familjen?**

	Nej	Ja
Mamma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pappa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syskon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32. **Brukar någon av följande personer hosta utan att vara förkyld?**

	Nej	Ja
Mamma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pappa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syskon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33. **Hur många förkylningar har Ni haft det senaste året?**

	Ingen förkylning	1-2	3-4	5 eller fler	Vet ej
Mamma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pappa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Barnets hälsa

34a. **Har Ditt barn någonsin haft besvär av pipande eller väsande andning?**

Nej.....   
Ja.....

34b. **Om Ja, vid vilka tillfällen (flera alternativ möjliga)?**

Vid förkylning.....   
Vid skratt eller gråt .....   
Vid kontakt med pälsdjur.....

35. **Har Ditt barn någonsin haft besvär av natthosta mer än två veckor utan att vara förkyld?**

Nej.....   
Ja.....

36. **Har Ditt barn fått diagnosen astma av läkare?**

Nej.....   
Ja.....

37a. **Har Ditt barn ordinerats att ta medicin regelbundet för luftrörsbesvär?**

Nej.....   
Ja.....

37b. **Om Ja, vad heter medicinen/medicinerna?**

.....  
.....  
.....

38. **Har Ditt barn någonsin haft nysningar, rinnsnuva eller nästäppa utan att ha varit förkyld?**

Nej.....   
Ja.....

39. **Har Ditt barn någonsin haft nysningar, rinnsnuva eller nästäppa eller röda kliande ögon efter kontakt med pälsdjur?**

Nej.....   
Ja.....

40. Har Ditt barn fått diagnosen allergisk snuva ställd av läkare?

Nej .....   
Ja .....

---

41. Hur många förkylningar har Ditt barn haft under de senaste 12 månaderna?

Färre än 6 förkylningar .....   
6-10 förkylningar .....   
Mer än 10 förkylningar .....

---

42a. Har eller har Ditt barn haft ett rodnat utslag /eksem som kan ha kommit och gått under de senaste 12 månaderna?

Nej .....   
Ja .....

*Om nej, gå till fråga 46.*

42b. Om Ja, har detta rodnade utslag /eksem förekommit på något av följande ställen (flera alternativ möjliga)?

	Under senaste veckan	Tidigare
Hårbotten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Runt ögon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Runt öron	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Panna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bröst, mage eller rygg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Armhåla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Armveck eller knäveck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utsidan av armar eller ben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hand- eller fotleder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Underlivet/stjärten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat ställe, ange vilket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

*Om barnet INTE har haft något av ovanstående besvär den senaste veckan, gå till fråga 46a.*

43. Under den senaste veckan, hur många dagar/nätter

	Ingen dag	1-2 dagar	3-4 dagar	5-6 dagar	Varje dag
a) har Ditt barns hud kliat pga eksemet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) har Ditt barns sömn störts pga eksemet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) har Ditt barns hud blött pga eksemet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) har Ditt barns hud vätskat sig pga eksemet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) har Ditt barns hud spruckit pga eksemet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) har Ditt barns hud fjällat pga eksemet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) har Ditt barns hud känts torr eller skrovlig pga eksemet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

44. Hur svårt har Ditt barns eksem varit under den senaste veckan?

Milt .....   
Måttligt .....   
Svårt .....   
Mycket svårt .....

---

45. Hur mycket besvär eller bekymmer har Ditt barns eksem orsakar totalt sett under den senaste veckan?

Inget alls .....   
Lite grann .....   
Måttligt .....   
Mycket .....   
Väldigt mycket .....

---

### Födoämnesreaktioner

46a. Har Ditt barn reagerat på mat eller dryck?

Nej .....   
Ja .....

Om Nej, gå till fråga 49.

46b. Om Ja, vilket eller vilka födoämnen får Ditt barn besvär av, och efter hur lång tid reagerade barnet (flera alternativ möjliga)?

	Aldrig ätit det	Ätit, det går bra	Reagerar på, efter antal minuter
Mjölk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> min
Fisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> min
Ägg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> min
Nötter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> min
Jordnötter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> min
Ärtor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> min
Soja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> min
Mjöl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> min
Äpple/Päron	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> min
Annat, nämligen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> min

46c. Om Ja, ange vilket eller vilka besvär Ditt barn fått av mat eller dryck (flera alternativ möjliga)?

Kräkningar och/eller diarréer .....   
Eksem .....   
Nässelutslag .....   
Klåda runt ögonen och/eller snuva.....   
Läpp- och/eller ögonsvullnad .....   
Astma .....   
Annat, nämligen \_\_\_\_\_

47. Har Ditt barn fått diagnosen komjölksallergi av läkare?

Nej .....   
Ja .....

48. Har Ditt barn fått diagnosen födoämnesallergi av läkare?

Nej .....   
Ja .....

### Andra besvär

49. Har Ditt barn haft öroninflammation de senaste 12 månaderna?

Nej.....   
Ja, 1-2 gånger.....   
Ja, 3-5 gånger.....   
Ja, mer än 5 gånger .....

50. Har Ditt barn fått diagnosen lunginflammation av läkare?

Nej.....   
Ja.....

51. Har barnet en eller flera av följande sjukdomar eller besvär? *Glöm inte att kryssa för Nej eller Ja på varje rad.*

	Nej	Ja
Synskada.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hörselskada.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsi.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CP-skada.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat rörelsehinder.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vad.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Missbildning.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vad.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vad.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

52a. Har Ditt barn behandlats med penicillin eller annat antibiotika?

Nej.....   
Ja.....

52b. Om Ja, hur många gånger? \_\_\_\_\_

53. Vem har fyllt i enkäten?

Mamma.....   
Pappa .....   
Båda .....

54. Egna kommentarer: