

den norske *Mor & barn undersøkelsen*

+

Spørreskjema 6-1 Når barnet er 30 måneder

+

Skjemaet skal leses maskinelt. Derfor er det viktig å bruke blå eller sort kulepenn og skrive tydelig:

- I de små avkrysningsboksene setter du et kryss for det svaret som du mener passer best, slik: ☒
- Hvis du mener at du har satt kryss i feil boks, kan du rette det ved å fylle boksen helt, slik: ☐

Oppgi dag, måned og år for utfylling av skjemaet

dag

måned

år

(skriv årstall med 4 tall, f.eks. 2006)

Sykdom og helse hos barnet

1. Hva er barnets høyde og vekt (uten klær) nå ved 2,5 år? Dersom du vet barnets høyde og vekt ved 15-18 måneders alder, oppgi disse målingene også. Kryss av om du har foretatt målingene selv eller om det er gjort på helsestasjon eller hos lege. (Hvis du ikke vet barnets høyde og vekt, gå videre til neste spørsmål.)

	Dato for måling			Lengde	Vekt	Målt på helsestasjon	Målt selv
2 - 2,5 år	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> cm	<input type="text"/> kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 - 18 måneder	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> cm	<input type="text"/> kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

2. Har barnet hatt langvarig sykdom eller helseproblemer siden barnet var 18 måneder?

Helseproblem	Nei	Ja, har nå	Ja, hadde tidligere	Hvis ja, er barnet henvist til spesialist	
				Nei	Ja
1. Nedsatt hørsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Nedsatt syn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Forsinket motorisk utvikling (f.eks. sitter/går sent)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Cerebral parese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Leddproblemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. For liten vektøkning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. For stor vektøkning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hjertefeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Testiklene ikke kommet ned i pungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Allergi i øyne eller nese, f.eks. høysnue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Atopisk eksem (barneeksem)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Annen eksem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ofte diare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Ofte magesmerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Matallergi/intoleranse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+

Forts. neste side

+		Nei	Ja, har nå	Ja, hadde tidligere	Hvis ja, er barnet henvist til spesialist	
					Nei	Ja
	18. Andre mage- tarm problemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	19. Forsinket eller avvikende språkutvikling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	20. Søvnproblemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	21. Kontaktvansker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	22. Hyperaktivitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	23. Autistiske trekk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	24. Andre atferdsproblemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	25. Annen langvarig sykdom/ tilstand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvilken da? _____

+

3. Har barnet hatt følgende forbigående sykdom/helseproblem siden det var 18 måneder?

(Oppgi hvor mange ganger, og om barnet har vært innlagt eller til undersøkelse på sykehus for dette helseproblemet.)

+		Nei	Ja	Antall ganger	Hvis ja, har barnet vært innlagt eller til undersøkelse på sykehus?	
					Nei	Ja
	1. Forkjølelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2. Halsbetennelse med påviste streptokokker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3. Annen halsbetennelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4. Ørebetennelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5. Falsk krupp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6. Bronkitt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7. Lungebetennelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	8. Omgangssyke/diaré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	9. Urinveisinfeksjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	10. Hjerne(hinne)betennelse / meningitt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	11. Feberkramper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	12. Andre kramper (uten feber)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	13. Skade eller ulykke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	14. Annet _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+

4. Hvis barnet har vært til undersøkelse eller innlagt på sykehus, oppgi navn på sykehus:

Navn på sykehus: _____

Navn på sykehus: _____

Navn på sykehus: _____

+

5. Hvis barnet har en alvorlig eller langvarig sykdom, beskriv eventuelt nærmere:

6. Hvis barnet har vært hos spesialist eller på sykehus, hva viste undersøkelsen?

☐ Alt var i orden

☐ Fortsatt tvil/ utredes videre

☐ Har ikke vært til undersøkelse ennå

☐ Fikk diagnose I: _____

☐ Fikk diagnose II: _____

☐ Fikk diagnose III: _____

7. Har barnet brukt noen medisiner de siste 12 måneder? (Dette gjelder alle typer medisiner, også febernedssettende medisin, naturmedisiner og urtepreparater)

☐ Nei

☐ Ja

+

8. Hvis ja, oppgi navn på medisinene, hvor lenge barnet til sammen har brukt disse medisinene og om det bruker dem nå.

Navn på medisin:	Varighet av bruk					Brukes medisinene nå?	
	0-2 uker	3-4 uker	1-2 mnd	3-6 mnd	7-12 mnd	Nei	Ja
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Får barnet nå for tiden tran, vitaminer eller annet kosttilskudd?

	Ja, daglig	Av og til	Nei
1. Tran	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Fluortabletter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Vitaminpreparat, hvilke?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Jerntilskudd, hvilket?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Annet kost tilskudd, hvilke?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Barnets hverdag og miljø

10. Bor du sammen med barnets far?

☐ Nei

☐ Ja

+

11. Hvis nei, hvor mye er barnet sammen med henholdsvis mor og far?

	Mor	Far
Mer enn halvparten av tiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Omtrent halvparten av tiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Minst en gang i uken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Minst en gang i måneden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sjeldnere enn en gang i måneden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aldri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

12. Oppholder barnet seg i rom hvor noen røyker?

- ☐ Ja, daglig
☐ Ja, flere ganger i uken
☐ Ja, av og til
☐ Usikker
☐ Nei

Antall timer per dag:

+

13. Hvor mye er barnet utendørs nå for tiden?

- ☐ Sjelden
☐ Ofte, men gjennomsnittlig mindre enn 1 time per dag
☐ Gjennomsnittlig 1-3 timer per dag
☐ Mer enn 3 timer daglig

+

14. Hvor mange timer gjennomsnittlig sitter barnet daglig foran TV/ video?

- ☐ 4 timer eller mer
☐ 3 timer
☐ 1-2 timer
☐ Mindre enn 1 time
☐ Sjelden/ aldri

15. Hvor ofte børstes barnets tenner?

- ☐ 2 ganger per dag eller oftere
☐ En gang per dag
☐ Av og til
☐ Aldri

16. Brukes fluortannkrem på børsten?

- ☐ Nei
☐ Ja, vanligvis
☐ Av og til

+

17. Hvor passes barnet på dagtid nå for tiden?
(Du kan sette flere kryss.)

- ☐ Hjemme med mor
☐ Hjemme med far
☐ Hjemme med dagmamma / praktikant
☐ Hos dagmamma / familiebarnehage
☐ I parken
☐ I barnehagen

18. Hvor mange timer per uke passes barnet på dagtid av andre enn mor eller far?

Barnets kosthold

19. Om barnets spisevaner og matlyst, og hvordan du forholder deg til det.

	Helt uenig	Litt uenig	Både og	Litt enig	Helt enig
1. Jeg må forsikre meg om at barnet ikke spiser for mye søtsaker (f.eks. godteri, is eller kake, søt kjeks)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Jeg må forsikre meg om at barnet ikke spiser for mye fet mat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Jeg må forsikre meg om at barnet ikke spiser for mye av hans/ henne favorittmat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Jeg holder med hensikt noen typer mat unna barnet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Jeg gir søtsaker (f.eks. godteri, iskrem eller kaker) til barnet som belønning for god oppførsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Jeg tilbyr barnet hans/ hennes favorittmat som belønning for god oppførsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Hvis jeg ikke regulerer barnets spising, ville han/ hun spist alt for mye usunn mat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Hvis jeg ikke regulerer barnets spising, ville han/ hun spist alt for mye av sin favorittmat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Barnet bør (skal) alltid spise opp all maten på tallerken sin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Jeg må passe spesielt på for å være sikker på at barnet spiser nok	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Hvis barnet sier «jeg er ikke sulten» prøver jeg likevel å få han/ henne til å spise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Hvis jeg ikke regulerte barnets spising ville han/ hun spist alt for lite.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+

20. Hvor ofte drikker eller spiser barnet følgende, nå for tiden? (Velg den hyppighet som i gjennomsnitt passer best).

(Sett ett kryss for hver linje.)

+	Sjelden/ mindre enn 1 g. per uke	1-3 ganger per uke	4-6 ganger per uke	1 gang per døgn	2 ganger per døgn	3 ganger per døgn	4 el. flere ganger per døgn
1. H-melk, søt / sur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Lett- ekstralett- skummet melk, søt / sur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Yoghurt, naturell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Yoghurt / drikkeyoghurt med frukt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Biola, alle typer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Juice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Saft / nektar / leskedrikk / brus, sukret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Saft / leskedrikk / brus, kunstig søtet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Kjøttpålegg (leverpostei, skinke, ol.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Fiskepålegg (makrell, kaviar ol.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Brunost, prim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Gul ost og annen ost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Syltetøy, honning, sjokoladepålegg, annet søtt pålegg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Egg, kokt, stekt, eggerøre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Annet pålegg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Frukt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Rosiner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Is, fløteis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Is, saftis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Söt kjeks	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Boller, kaker, vafler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Sjokolade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Smågodt, seigmann ol.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Chips, potetgull	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

21. Hvor mange skiver brød / knekkebrød spiser barnet daglig?

+

Hvor mange av disse er fiberrikt brød / knekkebrød (eks. rugbrød, Fedons brød)

22. Hvor ofte spiser barnet følgende nå for tiden? (Velg den hyppighet som i gjennomsnitt passer best.)

(Sett ett kryss for hver linje.)

	1 gang i mnd. el. sjeldnere	2-3 ganger per mnd.	1 gang per uke	2 ganger per uke	3 ganger per uke	4 ganger per uke	5 el. flere ganger per uke
1. Kjøtt, kjøttkaker, pølser ol.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Fet fisk (Laks, sild ol.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Mager fisk (Torsk, sei ol.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Fiskepudding, fiskekaker, fiskeboller ol.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Suppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Pannekake	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Poteter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Pasta, spaghetti, nudler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Pizza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Kokte grønnsaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Rå grønnsaker, salat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

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

Tusen takk for innsatsen!

Legg det utfylte skjemaet i den frankerte returkonvolutten og send det til:

Den norske Mor og Barn undersøkelsen
Nasjonalt folkehelseinstitutt
Avd. for medisinsk fødselsregister
Kalfarveien 31
5018 Bergen

+