

Behandlar-ID

Namn/Patient-ID

Ålder

Kön

Datum



Flicka

Pojke

Å

Å

M

M

D

D

Instruktion och förklaring till formuläret

Fyll i de vita fälten i formuläret. Ovan fyller du i ditt Namn eller Patient-ID, Ålder, Kön och dagens Datum.

Här kommer ett antal frågor om händelser du eller någon i din närhet kan ha upplevt någon gång under din uppväxt.

Kryssa i "Nej" eller "Ja" för varje händelse och **antal gånger** den inträffat.

Med "familj" menas de personer som du huvudsakligen bor eller har bott med.

"En annan viktig person" är en vuxen eller kamrat som står dig nära, men som du inte bor med.

Händelse	Fråga	Nej	Ja	Hur många gånger
1. Bilolycka där du eller någon annan person blivit skadad.	1. Har du själv varit med om en bilolycka?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	2. Har du sett en bilolycka som du själv inte var inblandad i?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	3. Har någon i din familj varit med om en bilolycka (utan att du var med när det hände)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	4. Har någon annan för dig viktig person varit med om bilolycka (utan att du var med)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
2. Annan olycka, där du eller någon annan person blivit skadad	1. Har du själv varit med om en annan olycka?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	2. Har du sett en annan olycka som du själv inte var inblandad i?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	3. Har någon i din familj varit med om en annan olycka (utan att du var med när det hände)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	4. Har någon annan för dig viktig person varit med om annan olycka (utan att du var med)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
3. Inläggning på sjukhus på grund av sjukdom (inte på grund av olyckorna i ovanstående frågor)	1. Har du själv blivit inlagd på sjukhus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	2. Har någon i din familj blivit inlagd på sjukhus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	3. Har någon annan för dig viktig person blivit inlagd på sjukhus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
4. Dödsfall	1. Har någon i din familj dött?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	2. Har någon annan för dig viktig person dött?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
5. Eldsvåda	1. Har du själv varit med om en eldsvåda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	2. Har du sett en eldsvåda i ett annat hus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
6. Naturkatastrof (t.ex. orkan, tsunami)	1. Har du själv varit med om en naturkatastrof ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
7. Blivit slagen eller skadad	1. Har du själv blivit slagen eller skadad av en vuxen i din familj ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	2. Har du själv blivit slagen eller skadad av en annan person ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
8. Sett när någon annan blivit slagen eller skadad	1. Har du sett någon i din familj (mamma, pappa, syskon) bli slagen eller skadad av en vuxen i din familj?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	2. Har du sett någon annan person bli slagen eller skadad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
9. Blivit bunden eller instängd i ett trångt utrymme	1. Har du blivit bunden eller instängd mot din vilja?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
10. Utsatts för sexuella handlingar mot ens vilja	1. Har du själv utsatts för sexuella handlingar av en vuxen i din familj ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	2. Har du själv utsatts för det av en annan person ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	3. Har du sett någon annan bli utsatt för det?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Namn/Patient-ID

Datum

A	A	M	M	D	D
---	---	---	---	---	---

Händelse	Fråga	Nej	Ja	Hur många gånger
11. Blivit hotad	1. Har du själv blivit hotad att någon ska skada dig eller någon du bryr dig om?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
12. Blivit rånad (någon har tagit något från dig med våld eller hot)	1. Har du själv blivit rånad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	2. Har du varit med när någon annan person blivit rånad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
13. Inbrott	1. Har du varit hemma när någon gjort inbrott?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	2. Har du kommit hem efter att någon gjort inbrott hemma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
14. Krigshandlingar	1. Har varit mitt upp i ett krig där du hört eller sett bombningar eller skottlossning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
15. Flykt från hemland	1. Har du flytt från ditt hemland?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Här kommer några frågor som handlar mer om din livssituation under din uppväxt. Svara på samma sätt som på de tidigare frågorna.

Händelse	Fråga	Nej	Ja	Under hur lång tid
16. Mobbning	1. Har du själv blivit mobbad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
17. Borta från föräldrarna	1. Har du mot din vilja blivit skild från dina föräldrar för att bo någon annanstans?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
18. Känslomässig misshandel	1. Har du själv blivit utsatt för känslomässig misshandel (till exempel nedvärderad, nedtryckt, förnedrad)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
19. Skilsmässa	1. Har dina föräldrar skiljt sig under din uppväxt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	2. Om ja: har dina föräldrar grälat och bråkat mycket efter skilsmässan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
20. Alkohol och droger i familjen	1. Har dina föräldrar haft problem med alkohol eller andra droger under din uppväxt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
21. Psykisk ohälsa i familjen	1. Har dina föräldrar haft psykiska problem under din uppväxt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
22. Långvarig sjukdom eller handikapp	1. Har, eller har du haft, en långvarig sjukdom eller ett handikapp under din uppväxt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	2. Har dina föräldrar det, eller har de haft det?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
23. Förälder i fängelse	1. Har någon av dina föräldrar suttit i fängelse under din uppväxt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>