Oplysningsskema

(Bedes udfyldt af forældre og medbringes til første konsultation med lægen).

Barnet: Cpr. nr.:

Telefonnummer(hjem): Mobiltelefon:

Fars arb.tlf.: Mors arb. tlf:

Har barnet allergi? ❑ Ja ❑ Nej

Hvis ja, hvilken?

Graviditetslængde: (uger); Fødselsvægt: (gram)Fødselslængde: (cm)

Var der problemer i graviditeten eller under fødslen? ❑ Ja ❑ Nej

Hvis ja, hvilke?

Hvor længe blev barnet ammet (måneder)

Har barnet udviklet sig som forventet? ❑ Ja ❑ Nej

Er barnet vaccineret efter dansk vaccinationsprogram? ❑ Ja ❑ Nej

Har barnet været indlagt? ❑ Ja ❑ Nej

Hvis ja, hvor, hvornår og for hvad

**Familiære forhold:**

Mors navn

Fars navn

Søskende nr. 1 navn Alder

Søskende nr. 2 navn Alder

Søskende nr. 3 navn Alder

Forældre samboende? ❑ Ja ❑ Nej

Fælles forældremyndighed? ❑ Ja ❑ Nej

Hvis nej; hvem har fuld forældre myndighed

Arvelige sygdomme i familien? ❑ Ja ❑ Nej

Hvis ja, hvilke og hos hvem:

Undertegnede giver hermed samtykke til at børnelægeklinikken indhenter oplysninger, som er nødvendige for behandlingen af eller i vurderingen af mit barns sygdom fra sygehusafdelinger, speciallæger eller læge.

Dato Underskrift