



## Oplysningseskema

(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 \_\_\_\_\_