



Oplysningskema

(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 _____