**Oplysningsskema**

**Bedes udfyldt af forældre inden første besøg i Børneklinikken**

**Barnet**

Navn: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CPR-nr: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Har barnet allergi? Ja 🞏 Nej 🞏 ved ikke 🞏

Hvis ja, da hvilken \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hvor passes barnet? Hjemme 🞏 dagpleje 🞏 vuggestue🞏 børnehave 🞏 SFO 🞏

Hvad hedder skole/SFO/BH: ­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Født til planlagt tid? Ja 🞏 Nej🞏 uge\_\_\_\_ Fødselsvægt: \_\_\_\_\_\_g Længde: \_\_\_\_\_\_cm

Var der problemer under graviditet eller fødsel? Ja 🞏 nej 🞏

Hvis ja, da hvilke? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hvor længe blev barnet ammet? \_\_\_\_\_\_\_\_\_ måneder

Problemer i barselstiden? Ja 🞏 nej 🞏

Har barnet udviklet sig alderssvarende? Ja 🞏 nej 🞏

Har barnet fulgt sædvanligt vaccinationsprogram Ja 🞏 nej 🞏

Tidligere sygdomme ja 🞏 nej 🞏

Hvis ja, da hvilke? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Familiære forhold**

Forælder 1 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Forælder 2 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Søskende nr. 1, navn: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alder \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Søskende nr. 2, navn: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alder \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Søskende nr. 3, navn: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alder \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Søskende nr. 4, navn: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alder \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Forældre samboende ja 🞏 nej 🞏

Forældremyndighed fælles 🞏 Forælder 1 🞏 forælder 2 🞏

**Sygdomme i familien**

(astma/allergi, vådligger, ADHD, psykisk sygdom, hjertesygdom, epilepsi, stofskifte mm.)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Jeg accepterer at ovenstående helbredsoplysninger gives videre til henvisende læge

Dato\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Underskrift\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_