



**Oplysningskema**  
**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**

Mors navn \_\_\_\_\_

Fars navn \_\_\_\_\_

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  mor  far

Mors uddannelse / arbejde: \_\_\_\_\_

Fars uddannelse / arbejde: \_\_\_\_\_

**Sygdomme hos forældre**

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Jeg accepterer at ovenstående helbredsoplysninger gives videre til henvisende læge

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