

Oplysningskema
Bedes udfyldt af forældre inden første besøg i Børneklínikken

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 _____

Forældre samboende Ja Nej

Forældremyndighed fælles mor far

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 _____