



## 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



Børnelægeklinik

v/Lise Lykke Thomsen

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

\_\_\_\_\_