



Oplysningseskema

Barnet

Navn: _____ CPR-nr.: _____

Telefon (mor): _____ Telefon (far): _____

E-mail: _____

Jeg giver samtykke til, at Børnelægeklinikken sender beskeder via Eboks:

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

Hvilke: _____

Har barnet udviklet sig alderssvarende? ja nej

Har barnet fulgt sædvanligt vaccinationsprogram? ja nej

Har barnet **allergi eller penicillinallergi**? ja nej ved ikke

Hvis ja, da hvilken _____

Får barnet **medicin**? ja nej præparat: _____

Tidligere sygdomme: ja nej

Hvis ja, da hvilke: _____

Sygdomme i familien (eksempelvis astma/allergi, migræne, ADHD, psykisk sygdom, hjertesygdom mm.): _____

Familiære forhold

Mors navn og CPR _____

Fars navn og CPR _____

Søskende nr. 1, navn: _____ alder _____

Søskende nr. 2, navn: _____ alder _____

Søskende nr. 3, navn: _____ alder _____

Forældre samboende ja nej

Forældremyndighed fælles mor far

Fars Uddannelse/arbejde _____

Mors Uddannelse/arbejde _____

Hvor passes barnet? Hjemme dagpleje Vuggestue Børnehave SFO

Hvad hedder skole/SFO/BH _____

Jeg accepterer, at ovenstående helbredsoplysninger gives videre til henvisende læge/egen læge.

Jeg accepterer at være ansvarlig for at informere den anden forældre løbende i forløbet i klinikken.

Vedrørende håndtering af persondata: se hjemmesiden www.karentilma.dk

Dato _____ Underskrift _____