

OPLYSNINGSSKEMA

Bedes udfyldt af forældre og afleveret til sekretæren ved ankomst til Børne-Ungelægeklinikken

Barnet

Navn: _____ Cpr.nr. _____
Mobil (mor): _____ Mobil (som modtager SMS-reminder): _____
Mobil (far): _____
E-mail adresse: _____

Har barnet allergi? ja nej Hvis ja da hvilken _____
Går barnet i dagpleje vuggestue børnehave SFO skole andet

Graviditetslængde: _____ uger Fødselsvægt _____ g Fødselslængde _____ 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 som forventet? ja nej

Har barnet været indlagt? ja nej

Hvis ja da hvor, hvornår og for hvad _____

Har barnet andre diagnoser: _____

Familiære forhold

Mors navn: _____ cpr.nr. _____

Fars navn: _____ cpr.nr. _____

Søskende, navn og alder: _____

Forældre samboende: ja nej

Forældremyndighed fælles Hvis nej, hvem _____

Fars erhverv: _____

Mors erhverv: _____

Sygdomme i nærmeste familie (forældre + søskende): (sukkersyge, epilepsi, stofskiftelidelse, høfeber, astma, gigtsygdom eller psykisk sygdom): _____

Hvis ja, hvem har hvad: _____

Undertegnede giver samtykke til, at Børne-Ungelægeklinikken indhenter oplysninger fra anden sygehus afdeling, læge eller speciallæge samt orienterer egen læge om behandlingsforløbet i Børne-Ungelægeklinikken.

Dato: _____ Underskrift _____

Børne-Ungelægeklinikken
J. Chr. Juliussensvej 9, 1. sal t.v., 8700 Horsens
www.boernelaegeklubben.dk
Telefonnr. 76 26 93 00