

Oplysningsskema

Bedes udfyldt af forældrene inden første besøg i klinikken. Besvares efter bedste evne, barnets bog vil ofte være en god hjælp.

Barnets CPR-nummer, navn og adresse:

Telefonnummer: _____

Mobilnummer: _____

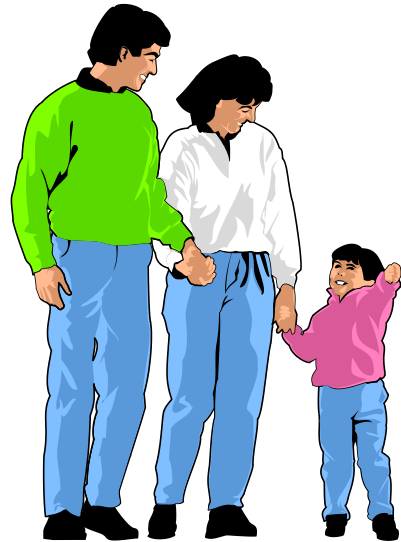
☐ Vi ønsker sms-påmindelse ved aftaler i Børnelægeklinikken

☐ Vi giver hermed tilladelse til at Børnelægeklinikken må sende post til os via digital post (mit.dk)

☐ Mor

☐ Far

☐ Vi giver hermed tilladelse til at Børnelægeklinikken må sende epikrise (kopi af journalnotatet) til egen læge efter hvert besøg



ALLERGI (overfølsomhed):

Kendt penicillinoverfølsomhed hos barnet?

Ja ☐ Nej ☐

I givet fald – hvori bestod overfølsomhedsreaktionen (udslæt, kløe, vejrtrækningsbesvær, opkastninger, diaré eller andet): _____

Kendt overfølsomhed over for andre medikamenter?

ja ☐ Nej ☐

Kendt fødemiddeloverfølsomhed (skaldyr, frugt, mælk, æg, andet):

Ja ☐ Nej ☐

I givet fald – hvilke fødemidler og hvordan reagerer barnet? _____

Kendt overfølsomhed overfor pollen eller pelsdyr:

Ja ☐ Nej ☐

I givet fald – hvilke pollen eller pelsdyr og hvordan reagerer barnet? _____

MEDICIN:

Får barnet fast medicin?

I givet fald hvilken? _____

MRSA:

Har barnet kendt infektion med MRSA (meticillinresistente stafylokokker)? Ja ☐ Nej ☐

FAMILIENS HELBRED (evt. kroniske sygdomme i familien):

Mor: _____
Far: _____
Søskende:
Nr. 1 _____
Nr. 2 _____
Nr. 3 _____
Nr. 4 _____

ARVELIGE SYGDOMME I FAMILIEN I ØVRIGT (sukkersyge, epilepsi, astma, eksem, forsinket udvikling eller andet):

GRAVIDITETENS FORLØB:

Graviditetslængde? _____ Uger (normal graviditet = 40 uger).
Sygdomme i graviditeten eller andre problemer i graviditeten? Ja ☐ Nej ☐
Hvis Ja – hvilke? _____
Medicin i graviditeten? Ja ☐ Nej ☐ Hvis Ja – hvilken? _____

FØDSELSFORLØB:

Blev barnet født på sygehus? ☐ Hvilket? _____
Skete fødslen under indlæggelse? ☐ Ambulant? ☐ Hjemmet? ☐
Blev fødslen sat i gang/stimuleret med ve-fremmende midler? Ja ☐ Nej ☐
Blev barnet forløst ved hjælp af sug eller tang? Ja ☐ Nej ☐
Blev barnet forløst ved hjælp af kejsersnit? Ja ☐ Nej ☐
Fødselsvægt? _____ gram
Fødselslængde? _____ cm
Måtte barnet overflyttes til observation/behandling på Børneafdelingen eller Intensivafdelingen?
Ja ☐ Nej ☐ Hvis ja, angiv årsagen: _____

NYFØDTHEDSPERIODEN:

Blev der etableret normal amning? Ja ☐ Nej ☐ Evt. suttebesvær eller andet? _____
Hvor længe blev barnet udelukkende ammet før start af flaske eller anden føde (måneder)? ____
Kom barnets trivsel (vægtøgning) normalt i gang efter fødslen? Ja ☐ Nej ☐

BARNETS TIDLIGE UDVIKLING:

Alder (måneder) ved øjenkontakt? _____ Alder ved smil? _____
Alder ved siddebalance? _____ Alder ved første forståelige ord? _____
Alder ved gang uden støtte? _____ Alder ved første tand? _____
Alder (år) ved renlighed: Vandladning om dagen? _____ Afføring? _____

VACCINATIONER:

Følger barnet det almindelige børnevaccinationsprogram? Ja ☐ Nej ☐

FAMILIÆRE og SOCIALE FORHOLD:

Hvem har forældremyndighed over barnet?

Begge forældre ☐ Far alene ☐ Mor alene ☐ Andre ☐ Skriv hvem _____

Forældre samboende? Ja ☐ Nej ☐

Navn og cpr.nr. på:

Mor: _____

Far: _____

Søskende:

Nr. 1 _____

Nr. 2 _____

Nr. 3 _____

Nr. 4 _____

Barnet uden for hjemmet:

Børnehave/vuggestue/dagpleje: _____

Skolens navn/klasse: _____

Forældres beskæftigelse/arbejdssted/arbejdstelefon/arbejdstid:

Mor: _____

Far: _____

FORVENTNINGER:

Hvilke forventninger har I til forløbet i børnelægeklinikken?

Dato:

Moders underskrift

Faders underskrift