

Barnets/den unges navn _____ Cpr nr _____

Mobiltelefon (Primær*) _____ (Sekundær) _____

*Får klinikkens SMS-notifikationer

E-mail (familien) _____ Mobil (unge > 15 år) _____

Mors navn/cpr nr _____ Erhverv _____

Fars/medforælders navn/cpr nr _____ Erhverv _____

Antal søskende _____ Ældre _____ Yngre _____ Hele _____ Halve _____

Har søskende været i klinikken? Hvis ja, cpr nr _____

Forældre samboende ☐ Ja ☐ Nej ☐ SoloforælderForældremyndighed ☐ Fælles ☐ Mor ☐ Far/medforælderHar barnet/den unge allergi ☐ Nej ☐ Ja Hvis ja, hvilke _____

Graviditetslængde _____ (uger) Fødselsvægt _____ (gram) Fødselslængde _____ (cm)

Var der problemer i graviditeten ☐ Nej ☐ Ja Hvis ja, hvilke _____Var der problemer under fødslen ☐ Nej, normal vaginal ☐ Ja, sugekop ☐ Ja, kejsersnit☐ Andet _____Hvor længe blev barnet ammet _____ (mdr) Har barnet udviklet sig som forventet ☐ Ja ☐ NejHar barnet været indlagt ☐ Nej ☐ Ja Hvis ja, hvor, hvornår og for hvad _____Følger det danske vaccinationsprogram ☐ Nej ☐ JaFår barnet/den unge medicin ☐ Nej ☐ Ja Hvis ja, hvilken _____Kæledyr i hjemmet ☐ Nej ☐ Ja Hvis ja, hvilke _____Rygning i hjemmet ☐ Nej ☐ Ja

Andre i familien med

Astma ☐ Nej ☐ Ja Hvis ja, hvem _____Høfeber* ☐ Nej ☐ Ja Hvis ja, hvem _____Eksem ☐ Nej ☐ Ja Hvis ja, hvem _____Fødevareallergi ☐ Nej ☐ Ja Hvis ja, hvem _____

(*Angiv også hvis allergi overfor støvmide, pelsdyr eller svampesporer)

Andre sygdomme i familien ☐ Nej ☐ Ja Hvis ja, hos hvem og hvilken _____**Undertegnede giver hermed samtykke til, at Børne & Allergiklinikken må tilgå E-journal, indsamle og udveksle oplysninger fra anden læge, speciallæge eller sygehusafdelinger, såfremt det skønnes nødvendigt for behandlingen eller vurderingen af min/mit barns sygdom**

Ved ønske om senere tilbagetrækning af samtykke bedes I kontakte klinikken

Dato

Underskrift forælder/unge > 15 år _____

Unge > 15 år skal også selv skrive under