

Barnets/den unges navn _____ Cpr nr _____

Mobiltelefon (begge forældre) _____

Email (familien) _____ Mobil (unge > 15 år) _____

Mors navn og cpr nr _____

Fars/medforælders navn og cpr nr _____

Søskendes navn/alder _____

Har søskende været i klinikken før? Ja Nej Hvis ja, navn _____

Forældre samboende Ja Nej Aleneforælder

Forældremyndighed Fælles Mor Far/medforælder

Har 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 Kejsersnit Sugekop Andet _____

Hvor længe blev barnet ammet _____ (mdr) Har barnet udviklet sig som forventet? Ja Nej

Har barnet været indlagt? Nej Ja Hvis ja, hvor, hvornår og for hvad _____

Følger det danske vaccinationsprogram? Ja Nej

Får barnet/den unge medicin? Nej Ja Hvis ja, hvilken _____

Kæledyr i hjemmet Nej Ja Hvis ja, hvilke _____

Rygning i hjemmet Nej Ja

Astma, høfeber, eksem, fødevarerallergi i familien (forældre, søskende) Nej Ja Hvis ja, hos hvem og hvilken _____

Andre sygdomme i familien Nej Ja Hvis ja, hos hvem og hvilken _____

Undertegnede giver hermed samtykke til, at Børne & Allergiklinikken udveksler oplysninger, som er nødvendige for behandlingen af eller vurderingen af mit barns sygdom fra sygehusafdelinger, speciallæger eller læge

Dato

Underskrift forælder/unge > 15 år _____

Unge > 15 år skal også selv skrive under