

Barnets/den unges navn _____ Cpr nr _____

Mobiltelefon (begge forældre) _____

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

Mors navn/cpr nr _____

Fars/medforælders navn/cpr nr _____

Antal søskende _____ Ældre _____ Yngre _____ Hele _____ Halve _____

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

Forældre samboende Ja Nej AleneforælderForældremyndighed 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 _____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 min/mit barns sygdom fra sygehusafdelinger, speciallæger eller læge

Dato

Underskrift forælder/unge > 15 år _____

Unge > 15 år skal også selv skrive under