

Barnets/den unges navn \_\_\_\_\_ Cpr nr \_\_\_\_\_

Mobiltelefon (Primær\*) \_\_\_\_\_ (Sekundær) \_\_\_\_\_

\*Får klinikens SMS-notifikationer

E-mail (familien) \_\_\_\_\_ Mobil (unge &gt; 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

Asthma  Nej  Ja Hvis ja, hvem \_\_\_\_\_Høfeber\*  Nej  Ja Hvis ja, hvem \_\_\_\_\_Eksem  Nej  Ja Hvis ja, hvem \_\_\_\_\_Fødevareallergi  Nej  Ja Hvis ja, hvem \_\_\_\_\_

(\*Udover pollenallergi angiv hvis allergi for støvmide, pelsdyr eller svampesporer)

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 &gt; 15 år \_\_\_\_\_

Unge &gt; 15 år skal også selv skrive under