

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

Mobiltelefon (begge forældre) \_\_\_\_\_

Mobil (unge > 15 år) \_\_\_\_\_

Har barnet/den unge allergi  Nej  Ja Hvis ja så hvilken \_\_\_\_\_

Graviditetslængde \_\_\_\_\_ (uger) Fødselsvægt \_\_\_\_\_ (gram) Fødselslængde \_\_\_\_\_ (cm)

Var der problemer i graviditeten eller under fødslen  Ja  Nej

Hvis ja, hvilke \_\_\_\_\_

Hvor længe blev barnet ammet \_\_\_\_\_ (mdr)

Følger det danske vaccinationsprogram?  Ja  Nej

Har barnet udviklet sig som forventet?  Ja  Nej

Har barnet været indlagt?  Ja  Nej

Hvis ja, hvor, hvornår og for hvad \_\_\_\_\_

Får barnet/den unge medicin?  Ja  Nej

Hvilken \_\_\_\_\_

## Familiære forhold

Mors navn \_\_\_\_\_

Fars/medforælders navn \_\_\_\_\_

Søskendes navn/alder \_\_\_\_\_

Forældre samboende  Ja  Nej

Forældremyndighed  Fælles  Mor  Far/medforælder  Aleneforælder

Arvelige sygdomme i familien  Ja  Nej

Hvis ja, hvilke og hos

hvem \_\_\_\_\_

Undertegnede giver hermed samtykke til, at Børne & Allergiklinikken indhenter 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