

# Oplysningskema

Børn og Unge Klinik, Regionshospitalet Gødstrup

Udfyldt af:

Dato:

## Patientoplysninger

Fulde navn:
Cpr.nummer:
Mobil nr:

## Forældreoplysninger

Mor	Far
Fulde navn:	Fulde navn:
Kryds af: Rask <input type="checkbox"/> Syg <input type="checkbox"/>	Kryds af: Rask <input type="checkbox"/> Syg <input type="checkbox"/>
Erhverv:	Erhverv:
Tlf. hjem:	Tlf. hjem:
Mobil nr.:	Mobil nr.:
Tlf. mors arbejde:	Tlf. fars arbejde:

## Hvilket mobilnummer skal SMS-påmindelse sendes til?

Mobil nr.:
------------

## Behov for tolk

Sprog:	Evt. dialekt:
--------	---------------

## Sundhedsplejerske

Navn:	Tlf.:
-------	-------

## Skole/daginstitution

Skolenavn og adresse:	Daginstitution og adresse:
Tlf.:	Tlf.:
Klasselærer:	Kontaktperson:
Klassetrin:	
Klarer sig: Godt <input type="checkbox"/> Middel <input type="checkbox"/> Mindre godt <input type="checkbox"/> Specialklasse <input type="checkbox"/>	

## Allergier

Medicinsk allergi (lægemiddel og reaktion):
Øvrig allergi:

## Sygdomme i familien

Allergi, astma, sukkersyge, epilepsi eller andre relevante sygdomme
Ja <input type="checkbox"/> Hvilke og hvem:

## Ernæring og tilskud

Almindelig varieret kost:	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Specialkost (specialdiæt):	

## (kun børn under 1 år)

Jerndråber <input type="checkbox"/> D-vitaminsdråber <input type="checkbox"/>
---

Side 1 af 2

**Vaccination** Fulgt program: Ja  Nej

Tidligere indlæggelser	Sygehus	År	Sygdom

<b>Socialt</b>	Er forældre beslægtede:	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
	Er forældre samboende:	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
	Bor hos:	Mor <input type="checkbox"/> Far <input type="checkbox"/> Begge <input type="checkbox"/>
	Hvem har forældremyndigheden:	Mor <input type="checkbox"/> Far <input type="checkbox"/>
		Fælles forældremyndighed <input type="checkbox"/>
	Miljøproblemer i boligen:	
	Ryges der i hjemmet:	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
	Er der særlige forhold der skal tages hensyn til:	

<b>Søskendeoplysninger</b>	Søskende			Evt. bemærkninger:
	Nr.	Alder	Rask/Syg	

### Udfyldes af forældre til børn under 15 år

<b>Graviditet</b>	Særlige omstændigheder (IVF, adoptivbarn, plejebarn m.v.):		
	Sygdom under graviditet:		
	Blødning under graviditet:	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	
	Medicin under graviditet:		
	Rygning under graviditet:	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	
	Alkohol under graviditet:	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	
<b>Fødsel</b>	Fødested (sygehus):		
	I hvilken graviditetsuge blev barnet født:		
	Vægt:	Længde:	Hovedomfang:
	Naturlig fødsel:		Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
	Fødsel ved hjælp af sug/kop:		Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
	Fødsel ved kejsersnit:		Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
	Tilstand ved fødslen:		Rask <input type="checkbox"/> Syg <input type="checkbox"/>

<b>Udvikling</b>	Normal alderssvarende udvikling:	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
	Evt. bemærkninger:	