

# Børnelægeklinikken i Taastrup

## Patientoplysning

Navn: \_\_\_\_\_ CPR: \_\_\_\_\_ Født på: \_\_\_\_\_ Sygehus.

- Fødselsvægt: \_\_\_\_\_ gram. Fødselslængde: \_\_\_\_\_ cm. Hovedomfang: \_\_\_\_\_ cm.
- Amning: \_\_\_\_\_ måneder. Modermælkserstatning: \_\_\_\_\_ måneder.
- Kravlet: \_\_\_\_\_ måneder. Gik: \_\_\_\_\_ måneder. Første tand: \_\_\_\_\_ måneder.
- Første ord: \_\_\_\_\_ måneder. Søskende: \_\_\_\_\_. Piger \_\_\_\_\_. drenge \_\_\_\_\_.
- **Vandladning:** Tør om dagen: \_\_\_\_\_ måneder. Tør om natten: \_\_\_\_\_ måneder.
- **Afføring:** Renlig: \_\_\_\_\_ måneder. **Går i:** Vuggestue:  Børnehave:  Skole:

Mor: \_\_\_\_\_ CPR: \_\_\_\_\_ Job: \_\_\_\_\_

Telefon: hjemme: \_\_\_\_\_ arbejde: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Far: \_\_\_\_\_ CPR: \_\_\_\_\_ Job: \_\_\_\_\_

Telefon: hjemme: \_\_\_\_\_ arbejde: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

E-mail adresse hjemme: \_\_\_\_\_

## Afbud

Afbud skal meldes min. 2 dage før aftalt tid, så tiden kan tilbydes til en anden patient. Ved udeblivelse uden afbud eller for sent afbud kan der opkræves gebyr på kr. 250,-

## Samtykkeerklæring

Undertegnede giver herved samtykke til videregivelse og / eller indhentning af journal oplysninger og lignende til/fra egen læge, privat praktiserende speciallæger, hospitaler og andre sundhedsinstitutioner.

Navn: \_\_\_\_\_ Forældremyndighed: Ja / Nej

Dato: \_\_\_\_\_ Underskrift \_\_\_\_\_