

Børnelægeklinikken i Taastrup

Patientoplysning

Navn: _____ CPR: _____ Født på: _____ Sygehus.

Graviditet: Ukompliceret Kompliceret **Fødsel:** Naturlig Kejsersnit

❖ Fødselsvægt: _____ gram.	Fødselslængde: _____ cm.	Hovedomfang: _____ cm.
❖ Amning: _____ måneder.	Modermælkerstatning: _____ måneder.	
❖ Kravlet: _____ måneder.	Gik: _____ måneder.	Første tand: _____ måneder.
❖ Første ord: _____ måneder.	Søskende: _____.	Piger _____.
❖ Bléfri: dag: _____ måneder.	Bléfri: nat: _____ måneder.	
❖ Afføring: Renlig: _____ måneder.		
❖ Går i: Dagpleje: <input type="checkbox"/>	Vuggestue: <input type="checkbox"/>	Børnehave: <input type="checkbox"/>
	Skole: <input type="checkbox"/>	
❖ Allergi: Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	beskriv: _____

Mor: _____ CPR: _____ Job: _____
Mobil: _____

Far: _____ CPR: _____ Job: _____
Mobil: _____

E-mailadresse: _____

Afbud.

Afbud skal meldes senest 2 dage før aftalt tid, så tiden kan tilbydes andre patienter. 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 / personoplysninger m.v. til/fra egen læge, privat praktiserende speciallæger, hospitaler, andre sundhedsinstitutioner og tolkebureau. Personoplysningerne må behandles af klinikken iht. EU-lov om [Privatlivspolitik](#). Mere information findes på www.blktaastrup.dk.

Navn: _____ Forældremyndighed: Ja/Nej/Fælles

Dato: _____ Underskrift _____