

Børnelægeklinikken i Taastrup

Patientoplysning

Navn: _____	CPR: _____	Født på: _____	Sygehus. _____
Graviditet: Ukompliceret ☐ Kompliceret ☐ Fødsel: Naturlig ☐ Kejsersnit ☐			
† Fødselsvægt: _____ gram.	Fødselslængde: _____ cm.	Hovedomfang: _____ cm.	
† Amning: _____ måneder.	Modermælkserstatning: _____ måneder.		
† Kravlet: _____ måneder.	Gik: _____ måneder.	Første tand: _____ måneder.	
† Første ord: _____ måneder.	Søskende: _____.	Piger _____. drenge _____.	
† Bléfri: dag: _____ måneder.	Bléfri: nat: _____ måneder.	Afføring: Renlig: _____	
† Går i: Dagpleje: ☐ Vuggestue: ☐ Børnehave: ☐ Skole: ☐			
† Allergi: Nej ☐ Ja ☐ 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 _____