

Børnelægeklinikken i Taastrup

Patientoplysning og Samtykkeerklæring

Navn: _____ CPR: _____ Født på: _____ hospital

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 _____

Ble-fri: dag _____ måneder. **Ble-fri:** nat _____ måneder. **Afføring:** renlig _____ måneder.

Går i: Dagpleje ☐ Vuggestue ☐ Børnehave ☐ Skole ☐

Allergi: Nej ☐ Ja: ☐ Beskriv: _____

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

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

E-mail: _____

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: _____ Fælles forældremyndighed: Ja / Nej

Dato: _____ Underskrift _____