

Pædiatrisk afdeling

Børneskema

Udfyldes af forældre

Dato for udfyldelse af skema:

Barnets navn/cpr-nr./adresse (Label):

Udfyldt af:

Moderen:

Fornavn:		Efternavn:	
CPR-nr.:	Uddannelse:	Nuværende stilling:	
Mobiltelefonnr. / Tlf. hjemme:	Arbejdssted:	Telefon på arbejde:	Hvilken tid på dagen:
Biologisk mor: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hvis ikke dansk afstamning: Forstår og taler dansk: <input type="checkbox"/> Godt <input type="checkbox"/> Dårligt <input type="checkbox"/> Intet		
Fra hvilket land eller område:		Sprog:	

Faderen:

Fornavn:		Efternavn:	
CPR-nr.:	Uddannelse:	Nuværende stilling:	
Mobiltelefonnr. / Tlf. hjemme:	Arbejdssted:	Telefon på arbejde:	Hvilken tid på dagen:
Biologisk far: <input type="checkbox"/> Ja	Hvis ikke dansk afstamning: Forstår og taler dansk: <input type="checkbox"/> Godt <input type="checkbox"/> Dårligt <input type="checkbox"/> Intet		
Fra hvilket land eller område:		Sprog:	

Forældremyndighed:

Fælles forældremyndighed: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Forældremyndighedsindehaver:

Pasningsforhold:

Er barnets forældre (sæt kryds): <input type="checkbox"/> Samboende <input type="checkbox"/> Enlig	
<input type="checkbox"/> Passes i hjemmet <input type="checkbox"/> Dagpleje <input type="checkbox"/> Vuggestue <input type="checkbox"/> Børnehave <input type="checkbox"/> Skole	
Navn på institution/skole:	Hvornår startet:
Apotek (det mest anvendte):	

Vaccinationer:

Følger vaccinationsprogrammet: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Hvis ikke:

Søskende:

Navn	Fødselsdato	Helbredstilstand (tidlig eller aktuel sygdom). Angiv hvis halvsøskende:

Svangerskab - Fødsel - Nyfødthedsperiode (hvor det er relevant)

Svangerskabsvarighed:	uger	Fødselsvægt:	g	Fødselslængde:	cm	Kranieomfang:	cm
Var der problemer under graviditeten, under fødslen eller neonatalt (første levemåned): <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja - Hvis ja beskriv kort hvilke:							

Udvikling: (hvor det er relevant)

Har psykomotorisk udvikling været normal:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	Taleudvikling normal:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Hvornår første gang:	Sad alene:	mdr.	Renlig med afføring:	år	
	Gik alene:	mdr.	Renlig med vandladning:	år	

Ernæring: (hvor det er relevant)

Hvorlænge udelukkende ammet:	mdr.	Fra hvornår kun modermælkserstatning/komælk:	mdr.
Fra hvornår fik barnet yderligere tilskud (mos eller andet):	mdr.		

Sundhedsmæssig risiko: (hvor det er relevant i forhold til barnets alder)

Rygning (barn):	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Rygning (forældre):	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Alkohol (barn):	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Alkohol (forældre):	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Motion (barn):	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, hvilken	Motion (forældre):	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja, hvilken
			Andre:		