

Sandvika Barnelegesenter Fylles ut av foresatte

TIL PASIENTER SOM KOMMER TIL FØRSTEGANGS-UNDERSØKELSE

Henvisningsgrunn:.....

Pasientens fulle navn (store bokstaver):.....

Fødselsdato:

Antall søsken:..... Alder søsken:.....

Adresse:..... Postnr |_|_|_|_| Poststed:.....

Foresatte:..... Mobil tlf:....._|_|

Foresatte:..... Mobil tlf:....._|_|

Kryss av ett mobil nr. som ønskes som mottak av SMS-varsling av avtalt time (sendes 3 dager før timen)

Barnet bor sammen med:.....

Oppgi astma/allergiske sykdommer i familien (sett X i aktuelle bokser) :

	ASTMA	ALLERGI	ATOPISK EKSEM	PSORIASIS	ANDRE SYKDOMMER
Søsken 1					
Søsken 2					
Søsken 3					
Mor					
Mors søsken					
Mormor/morfar	/	/	/	/	/
Far					
Fars søsken					
Farfar/farmor	/	/	/	/	/

Dyr i hjemmet: Hund Katt Kanin Marsvin Hamster Nei Annet dyr:.....

Nær kontakt med dyr utenfor hjemmet ?, angi :

Røkevaner hos foreldre: Røykfritt hjemme , Hvis ikke. Hvem røyker;.....

Røyking innendørs.

Fødselsvekt |_|_|_|_| gram Fødselslengde |_|_| cm

Svangerskap Normalt Komplisert

Fødsel Normalt Komplisert Hvis komplisert, angi:.....

Hvor lenge fikk barnet morsmelk ? |_|_| mndr.

Vaksinasjonsprogram: Fulgt vanlig program Avvik , angi: Sterke reaksjoner? Ja/Nei

Tidligere sykdommer (angi år): Ørebetennelser..... Bronkiolitt/bronkitt:.....

Lungebetennelser:..... Halsbetennelser:..... Falsk krupp:..... Vannkopper:.....

Andre:

Takk for hjelpen!