

Sandvika Barnelegesenter Fylles ut av foresatte

TIL PASIENTER SOM KOMMER TIL FØRSTEGANGS-UNDERSØKELSE

Pas. er henvist fra dr. : Henvisningsgrunn:.....

Opplysningene er gitt av mor far andre:.....

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

Fødselsnr. (11 siffer): **Antall søsken:**..... **Alder søsken:**.....

Adresse:..... **Postnr** **Poststed:**.....

Foresatte:..... **Mobiltf:**.....

Foresatte:..... **Mobiltf:**.....

Kryss av ett mobiltf. som ønskes som mottak av SMS-varsling av avtalt time (sendes u 3 d. før timen)

Foreldrene er (strek under): Gift/samboende/skilt/enslig Barnet bor sammen med:.....

Nasjonalitet (om ikke norsk):.....

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

	ASTMA	ALLERGI	ATOPISK EKSEM	PSORIASIS	ANDRE SYKDOMMER
Søsken1					
Søsken 2					
Søsken 3					
Mor					
Mors søsken					
Mormor/morfar	/	/	/	/	/
Far					
Fars søsken					
Farfar/farmor	/	/	/	/	/

Dyr i hjemmet: Hund Katt Kanin Marsvin Hamster Fugl Annet:.....

Nær kontakt med dyr utenfor hjemmet ?,angi :.....

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

Antall/dag..... .Røyking innendørs..ja / nei. Røyking utenførs: ja / nei

Hvor oppholder barnet seg på dagtid: Hjemme Skole Barnehage Park Dagmamma

Når startet barnet i barnehage (alder eller årstall) :.....

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:

PASIENTENS FASTLEGE :

Takk for hjelpen!