

Baby-spørgeskema 0-1 år

Kære forældre!

Dags dato:

Det er os en fornøjelse at byde Jer velkommen til vores klinik.

For at hjælpe os med at hjælpe Jer beder vi Jer venligst om at udfylde nedenstående skemaer.

Dato:

Barnets navn:

CPR_nr.:

Hvorfor ønsker I Jeres barn undersøgt? Almindelig check? Symptomer?

Marker venligst, hvis Jeres barn har haft følgende:

Hvis tilfældet så = X

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="radio"/> Positiv Hofteundersøgelse | <input type="radio"/> Kolik | <input type="radio"/> Kronisk Forkølelse |
| <input type="radio"/> Scoliose/skæv ryg | <input type="radio"/> Mavekneb | <input type="radio"/> Mellemørebetændelse |
| <input type="radio"/> Fladt bagehoved | <input type="radio"/> Gråd over 3 timer | <input type="radio"/> Tilbagevendende feber |
| <input type="radio"/> Problemer med at dreje hovedet | <input type="radio"/> Børneeksem | <input type="radio"/> Astmatisk Bronkitis |
| <input type="radio"/> Flitsbue | <input type="radio"/> Meget Gylp | <input type="radio"/> Astma |
| <input type="radio"/> Bananformet | <input type="radio"/> Eksplorative afføringer | <input type="radio"/> Antibiotika behandlinger |
| | | <input type="radio"/> Anden medicinsk behandling |

Fødsel

- Hurtig fødsel/hård fødsel**
- Baby taget ved sugekop/tang**
- Kejsersnit**
- Almindelig og ukompliceret**

Diverse:

Opførsel/motorik:

Ammes eller Modermælksersætning:

Fødselsvægt og nuværende vægt:

Afføring – hvor ofte dagligt:

Døgnvariation af gråd, time antal:

Anden behandling:

Forløb af graviditet:

Forældres underskrift/samtykke

Til behandling:
