

Patientspørgeskema / Anamese / børn

Patient:

For- og efternavn: _____

Fødselsdato: _____ fødselssted: _____

Adresse: _____

Tel: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

Højde : _____ Vægt: _____

ved fødslen: _____ g _____ cm

Hovedomkreds ved fødslen:

Begrundelse for konsultationen:

Fødslen:

_____ timer

Komplikationer:

Kejsersnit: __ planlagt __ nødsituation __ pincet __ sugekop __

manuelle hjælpemidler (læge/jordemoder)- _____

Barnets stilling:

Kranial stilling __ Ansigtsstilling __ Bagsædeposition ____ Tværstilling __

Fødsel til tiden: Ja __ For tidligt : __ for sent __

Havde dit barn brug for lægehjælp på hospitalet? Nej __ Ja, på grund af

Hvor længe: _____

Blev dit barn ammet: Ja _____ Nej _____
hvor længe? _____

Var det muligt at sætte den på begge sider uden problemer? Ja _____ Nej _____

Komplikationer:

Brækker dit barn ofte noget af maden op?

Havde den den såkaldte "tre-måneders kolik"?

Lider dit barn af oppustethed/diarré/forstoppelse?

Græder eller græder dit barn ofte uden at vide præcis hvorfor?

Har dit barn svært ved at falde i søvn?

Hvor længe sover den ad gangen?

Er væksten og udviklingen i overensstemmelse med normen?

Sundhed:

Har dit barn medfødte organdefekter?

Har/Havde dit barn...

en ulykke?

operationer?

Infektionssygdomme?

børnesygdomme?

Mellemørebetændelse?

Blære – eller nyresygdom?

Feberkramper?

Allergier?

Mere end 5 luftvejsinfektioner om året ?

Har dit barn nogensinde haft et pseudo croup anfald?

Hvordan bliver dit barn vaccineret?

Har der været nogen vaccinationsreaktioner? Hvilke?

Tager dit barn medicin regelmæssigt? Hvilke?

Hvad spiser og drikker barnet?

Er der nogen alvorlige eller kroniske sygdomme i familien såsom astma, diabetes, rheum, sklerose?
Hvilke?

Er der en familiehistorie med allergi?

