

Barnets CPR:

Dato:

Barnets mobiltelefon: \_\_\_\_\_

BARNETS NAVN \_\_\_\_\_

BARNETS ADRESSE

MORs navn:

CPR:

Stilling:

E-mail:

ADRESSE

Postnr.

Tlf. hjemme/mobil:

Arbejde:

FARs navn:

CPR

Stilling:

E-mail:

ADRESSE

Postnr.

Tlf. hjemme/mobil

Arbejde:

Evt. STEDFAR

CPR:

Evt. STEDMOR

CPR:

*Er forældrene gift, samboende, fraskilte, separerede, bor hver for sig? (understreg)*

**Er barnet adoptivbarn?**       Ja    Nej   **Er barnet plejebarn**    Ja    Nej

**Hvem har forældremyndigheden?**    Far    Mor    Fælles

**Hvem bor barnet bos?**       Far    Mor

**Søskende (evt. stedsøskende):**

Fulde navn	Født d.	Samme mor	Samme far	Nuværende opholdssted

Hvilke andre personer bor fast i hjemmet? \_\_\_\_\_

Er der dagplejebørn i hjemmet?

**Graviditet**

Hvordan forløb graviditeten (det henviste barn)? \_\_\_\_\_

**Fødsel**

Hvor foregik fødslen (sted)?

Var fødslen normal/let/svær eller \_\_\_\_\_ uger for tidligt/for sent? (understreg)

Vægt ved fødslen? \_\_\_\_\_ Længde ved fødslen? \_\_\_\_\_

Problemer ved fødslen/i nyfødthedsperioden (vejrtrækningsproblemer, kramper, gulsot m.v.)?

Barnets CPR:

Dato:

### Barnets første leveår

Har barnet fået bryst? \_\_\_\_\_ Hvor længe? \_\_\_\_\_ Har der været trivselsproblemer? \_\_\_\_\_  
Sad uden støtte \_\_\_\_\_ måneder gammel Renlig med vandladning \_\_\_\_\_ måneder gammel  
Gik alene \_\_\_\_\_ måneder gammel Renlig med afføring \_\_\_\_\_ måneder gammel  
Sagde enkelte ord \_\_\_\_\_ måneder gammel Talte i sætninger \_\_\_\_\_ måneder gammel  
Andet? \_\_\_\_\_

### Barnets udvikling

Er der eller har der været spisevanskeligheder? \_\_\_\_\_  
Er der eller har der været søvnproblemer? \_\_\_\_\_  
Er der eller har der været taleproblemer? \_\_\_\_\_  
Er der eller har der været renlighedsproblemer? \_\_\_\_\_  
Er der eller har der været skoleproblemer? \_\_\_\_\_  
Har der eller har der været problemer i forhold til andre børn? \_\_\_\_\_  
Er der eller har der været problemer i forholdet til søskende?  
Andet? \_\_\_\_\_  
Har barnet været i behandling enten under indlæggelse eller ambulant? \_\_\_\_\_ Ja . \_\_\_\_\_ Nej  
I bekræftende fald hvornår og hvor \_\_\_\_\_  
Har barnet andre sygdomme, evt. allergi? \_\_\_\_\_  
Får barnet medicin? \_\_\_\_\_ Ja \_\_\_\_\_ Nej . Hvis ja, hvilken? \_\_\_\_\_  
Nuværende højde \_\_\_\_\_ cm. Nuværende vægt \_\_\_\_\_ kg.  
Har barnet/familien været til undersøgelse eller samtale hos psykolog? \_\_\_\_\_ Ja \_\_\_\_\_ Nej  
I bekræftende fald hvornår og hvor \_\_\_\_\_  
Har du/I tidligere eller nu søgt råd eller hjælp andetsteds til løsning af problemerne med barnet? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Navn og adresse på nuværende institution/dagpleje/skole/fritidsordning inkl.), evt. navn og telefonnr. på kontaktperson	Årstal (fra - til) og klassetrin i skolen
1	
2	
Tidligere (dag)institutioner, skoler, fritidsordninger	
1	
2	
3	
4	
5	
6	