



Oplysningskema vedr:

Barnets fulde navn:	Cpr.nr.:	Adresse:		
Mors navn:	Telefon privat:	Arbejde:	Mobil:	Mail:
Fars navn:	Telefon privat:	Arbejde:	Mobil:	Mail:
Forældremyndighed: Fælles: Mor: Far:		Aflastning/plejefamilie:		
Egen læge:	Adresse:	Telefon:	Andre behandlingskontakter:	
Vuggestue/dagpleje:	Adresse:		Telefon:	
Børnehave(r): _____ _____	Adresse: _____ _____		Telefon: _____ _____	
Skole(r): _____ _____ _____ _____ _____	Adresse: _____ _____ _____ _____ _____	Klasse: _____ _____ _____ _____ _____	Telefon: _____ _____ _____ _____ _____	Mail: _____ _____ _____ _____ _____
Aktuel PPR-psykolog:			Evt. sagsbehandler:	

Født på sygehus:				
Antal uger	Før termin		Efter termin	
Allergisk overfor:				
Arvelige sygdomme i familien:	Relation til barnet/ den unge:		Lidelse:	
Medicin	Navn:	Dosis:	For:	
Undersøgelse/ Behandling på sygehus:	Hvor:	Hvornår:	For hvad:	
Undersøgelse/ Behandling på sygehus:	Hvor:	Hvornår:	For hvad:	

Undersøgelse/ Behandling hos psykolog	Hvem:	Hvornår:	For hvad:
Undersøgelse/ Behandling hos børne- og ungdomspsykiater	Hvem:	Hvornår:	For hvad:
Milepæle:	Kravlede: mdr. gl.	Gik: mdr. gl.	Cyklede: år gl.
	Pludrede: mdr. gl.	Sagde ord: mdr. gl.	Talte i sætninger: mdr. gl.
	Renlig med tis:	år gl.	Renlig med aff. : år gl.

Forældres beskrivelse af problemstillingen: