

Sendes til:	Udfyldes af adoptionsafdeling	
	Modtaget dato	Journalnummer
Helbredsattest for barn til bortadoption		

1. Barn	
Navn	Personnummer
Adresse	

2. oplysninger om arvelige sygdomme i barnets familie
Korte oplysninger om fx evnesvaghed, sindslidelser, epilepsi, sukkersyge, allergi hos forældre, søskende eller andre familiemedlemmer

3. Oplysninger om svangerskab samt barnets tilstand ved fødslen og en uge efter				
Relevante udskrivningsbreve, m.v. bedes vedlagt, gerne i kopi				
Fødselslængde	Fødselsvægt	Apgar score	P.K.U.	Hovedomfang

Har mor fulgt svangerskabsundersøgelserne <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> Ja	Der udføres kun W.R. på barn, hvis der ikke foreligger negativ W.R. på mor i graviditeten	W.R - mor	W.R. - barn
--	--	-----------	-------------

4. Barnets udvikling (kopi af barnets bog kan vedlægges)			
Angiv alder i måneder			
Reagere på støj	Øjenkontakt	Smiler	Pludrer
Løfter hoved og skulder maveliggende	Støtter på fødder	Hovedkontrol(siddende)	Flytter legetøj fra hånd til hånd
Vender sig	Skelner mellem kendte og ukendte	Pludre i stavelser	Sidder uden støtte
Kravler	Rejser sig uden støtte til stående stilling	Går uden støtte	Siger enkelte ord
Yderligere oplysninger, herunder alder ved renlighed			

5. Barnets tidligere sygdomme og indlæggelser på sygehus
Hvis du er i besiddelse af udskrivningsbreve, meddelelser fra sundhedsplejerske, børnelæge, psykolog, talepædagog m.v. bedes dette vedlagt, gerne i fotokopi

6. Barnets nuværende helbredstilstand og trivsel

Kighoste			Di-Te-Pol			Poliesukker			M.F.R			BCG-dato		
1:	2:	3:	1:	2:	3:	1:	2:	3:	1:	2:	3:			

7. Objektiv undersøgelse						
Højde	Vægt	Hovedomfang	Urin	Protein	Blod	Glukose
Hoved og hals: (kranieform, hydrocephalus, craniotabes)						
Øjne: (Syn, skelen)						
Ører: (Hørelse, misdannelser)						
Mund: (Tænder, svælg, misdannelser)						
Torax: (Stetoskopifund)						
Abdomen: (Brok, organforstørrelser, andre udfyldninger)						
Kønsorganer: (Misdannelser, rententio testis)						
Ryg: (Abnorme krumninger)						
Ekstremiteter: (Fejlstillinger, luksationer, spasticitet, tonus, reflekser)						
Hud:						
Lymfeknuder:						

8. Motorisk og sproglig udvikling i forhold til alderen

9. Psykisk udvikling i forhold til alderen

10. Behov for speciallægeundersøgelse

Hvis behov, angiv speciale

11. Andre oplysninger

Oplysninger af betydning for en samlet bedømmelse, som ikke er medtaget i de øvrige punkter

Er du barnets sædvanlige læge <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> Ja	Hvis ja, siden dato
--	---------------------

12. Læge	
Navn og adresse	Dato og underskrift