

Vedrørende: \_\_\_\_\_ Cpr.: \_\_\_\_\_

Vægt: \_\_\_\_\_

**Har barnet eller nogen i barnets nærmeste familie haft problemer eller komplikationer i forbindelse med bedøvelse?**

Nej  Ja Hvis ja – beskriv venligst:

---

**Har barnet været gul i huden (gulsot/icterus) efter bedøvelser?**

Nej  Ja Hvis ja – beskriv venligst:

---

**Har barnet symptomer fra hjertet? (brystsmerter, uregelmæssig hjerterytme, åndenød, for højt eller for lavt blodtryk eller andet)?**

Nej  Ja Hvis ja – beskriv venligst:

---

**Har barnet symptomer fra lungerne? (hoste, opspyt, astma eller andet)**

Nej  Ja Hvis ja – beskriv venligst:

---

**Har barnet en stofskiftesygdom? (højt eller lavt stofskifte, sukkersyge eller andet)**

Nej  Ja Hvis ja – beskriv venligst:

---

**Har barnet løse tænder, røkketænder, stifttænder eller kroner?**

Nej  Ja Hvis ja – beskriv venligst:

---

**Får barnet medicin dagligt?**

Nej  Ja Hvis ja – beskriv venligst:

---

**Har barnet tidligere udvist allergi over for medicin?**

Nej  Ja Hvis ja – beskriv venligst:

---

Undertegnede erklærer at have forældremyndigheden over ovenstående barn og giver tilladelse til, at barnet bliver lagt i fuld bedøvelser med henblik på: \_\_\_\_\_

**Jeg er underforstået med, at jeg er ansvarlig for, at de udleverede fasteregler er overholdt**

Underskrift: \_\_\_\_\_