



Anmeldelse af medfødte misdannelser

påvist efter 5. levedøgn og indtil udgangen af 5. leveår

Den 15. december 2014

MOR:

Cpr.nr.:	Efternavn:	Fornavn:
By og evt. bygd:	Adresse:	
Mor i arbejde ved starten af graviditeten <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Arbejdets art:	

FAR:

Cpr.nr.:	Efternavn:	Fornavn:
----------	------------	----------

BARN:

Cpr.nr.	Efternavn:	Fornavn:
By og evt. bygd:	Adresse:	
Evt. dødsdato:	Obduktion: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Kopi af rapporten bedes medsendt.	
Diagnosetidspunkt:	Beskriv samtlige misdannelser og fund. Resultater af specifikke undersøgelser beskrives eller vedlægges som kopi, incl. laboratorietests, speciallægevurderinger mv. Kendt genetisk disposition noteres.	
Beskriv sygdomsforløb.		
Anmeldende afdelings stempel:	Dato:	Lægens titel & underskrift:

NUN-4-14

(Bilag 3)