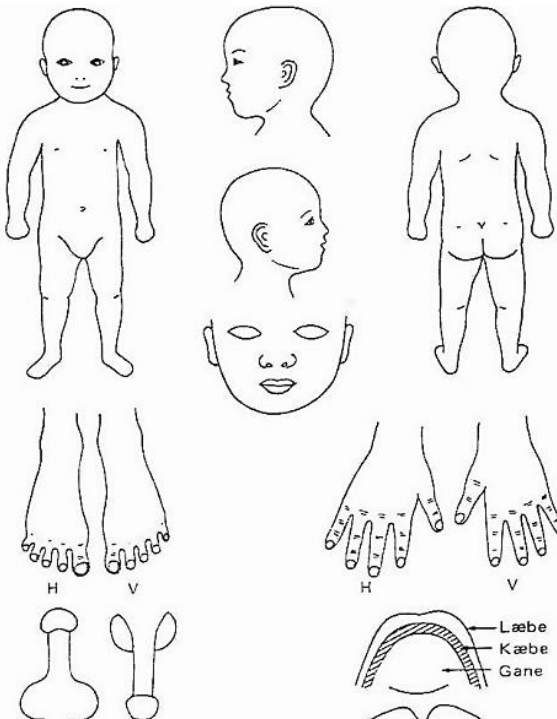


Barnets navn, fødselsdato/personnummer og adresse		Moderens navn, personnummer og adresse	
		Faderens personnummer	
Barnets fødested			
Mor i arbejde ved start af graviditeten <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Evt. graviditetsorlov påbegyndt (dato)	Far i arbejde <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Moderen arbejdets art (se vejledningen)		Arbejdets art (se vejledningen)	
Eksposition af moderen i graviditeten Medicin <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Hvis ja, hvilken medicin:		Infektion <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Røntgen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Andet <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Udfyldes kun indenfor 1. leveuge, samt ved spontan abort			
<input type="checkbox"/> Levefødt <input type="checkbox"/> Dødfødt <input type="checkbox"/> Spontan abort		For dødsfald i 1. leveuge <input type="checkbox"/> Barnet død <input type="checkbox"/> døgn efter fødslen	
Fødselsvægt i gram:	Fødselslængde i cm:	Kranieomfang i cm:	
Køn <input type="checkbox"/> Dreng <input type="checkbox"/> Pige <input type="checkbox"/> Ubestemt		Tvilling, trilling Barnet er nummer: af:	
Ved død Dato:	Ved død/dødfødsel/spontan abort Obduktion har fundet sted <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Obduktion vil findes sted <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Indtegn misdannelserne, foto kan vedlægges		Beskriv samtlige misdannelser. Er der foretaget specifikke undersøgelser eller obduktion bedes kopi af beskrivelsen medsendt. Se i øvrigt vejledningen.	
		Anmeldende afdelings stempel	
Ved overflytning til anden afdeling anføres navn og adresse, samt dato for overflytning		Dato	Lægens underskrift