



Anmeldelse af medfødte misdannelser

påvist under graviditeten eller ved fødslen indtil 5. levedøgn

Den 15. december 2014

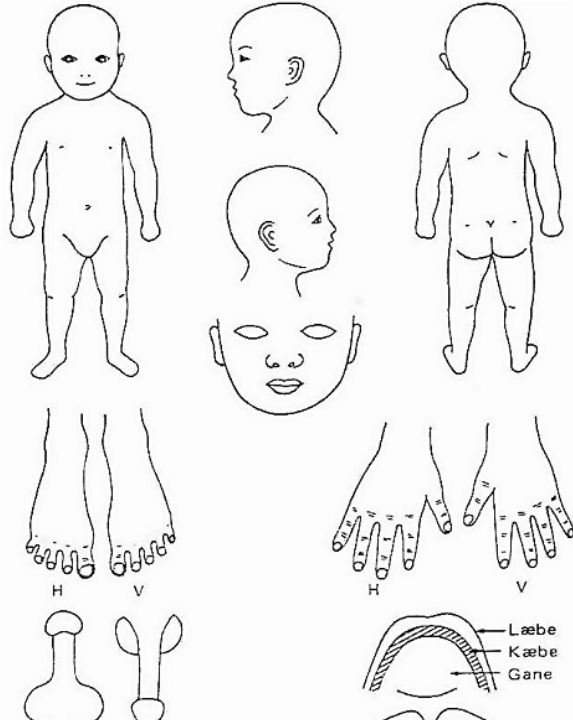
MOR:

Cpr.nr.:	Efternavn:	Fornavne:
By og evt. bygd:	Adresse:	
Mor i arbejde ved starten af graviditeten <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Arbejdets art:	
Eksposition af mor i graviditeten: Medicin: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Hvis ja, hvilken:		Infektion: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Beskriv:
Røntgen: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Prænatal diagnostik: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Beskriv:	

FAR:

Cpr.nr.:	Efternavn:	Fornavne:
Far i arbejde før graviditeten <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Arbejdets art:	

BARN:

Cpr.nr.:	Efternavn:	Fornavne:
By og evt. bygd:	Adresse:	
Evt. dødsdato:	Obduktion: <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. Kendt genetisk disposition noteres.	
		
Anmeldende afdelings stempel:	Dato:	Lægens titel & underskrift:

NUN-3-14

(Bilag 2)