

□□Blankett

Skapat datum: 2023-09-18

Reviderat datum: 2025-05-23

Publicerat för Barnmorskemottagningar Regionhälsan

Individuell hälsoplanering (IHP)

Inför barnets första kontakt med barnhälsovården (BHV) ges nedanstående information från barnmorskemottagning (BMM) till BHV. Alla barn har rätt till vård/uppföljning från födseln fram till 6 års ålder enligt barnhälsovårdens nationella program.

Vårdnadshavares val av barnvårdscentral:
(BVC är en del av vårdcentralen)

Gravid	Medförälder/stödperson
Namn:	Namn:
Personnummer:	Personnummer:
Adress:	Adress:
Postnummer/ort:	Postnummer/ort:
Telefon:	Telefon:
Har du/ni barn sedan tidigare?	Har du/ni barn sedan tidigare?
Personnummer på yngsta syskonet (10 siffror):	Personnummer på yngsta syskonet (10 siffror):
Behov av tolk: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Behov av tolk: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Om Ja, vilket språk:	Om Ja, vilket språk:
Första barnet som föddes i Sverige (10 siffror):	Första barnet som föddes i Sverige (10 siffror):

Beräknat förlossningsdatum:

--

Har du haft kontakt med någon för extra stöd under graviditeten?

Till exempel psykolog, socialsekreterare, Haga mödra-barnhälsovårdsteam eller Mödrahälsovård mobilt team

Gravid:	Medförälder/stödperson:
Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Om Ja - beskriv:	Om Ja - beskriv:

Vilka tankar har du om amning och flaskmatning?

Gravid:	Medförälder/stödperson:

Övrig information som du önskar delge BVC?

Gravid:	Medförälder/stödperson:

Ifylles av barnmorska

Ansvarig barnmorska:	
Barnmorskemottagning:	Telefon:
Övrig information från barnmorskan:	
SIV planeras:	SIP planeras:
Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>

 Underskrift gravid

 Underskrift
medförälder/stödperson