

Närhälsan

Överlämning

Mödrahälsovården till Barnhälsovården

KVINNAN

Namn:

Personnr:

Telefon/mobil:

Adress:

Nationalitet:.....

Språk: Tolk:

Tidigare barns personnr:.....

.....

PARTNERN

Namn:

Personnr:.....

Telefon/mobil:.....

Adress:

Nationalitet:

Språk: Tolk:.....

Tidigare barns personnr:

.....

Beräknad förlossning:

Barnmorskemottagning:

Ansvarig barnmorska, tfn:

Sjukdom/mediciner

.....

.....

.....

Risikfaktorer smittbärare t ex TBC, MRB, Hepatit B/C

.....

.....

Övrigt t.ex. träffat psykolog och/eller socialsekreterare

.....

.....

Deltagit i föräldrargrupp: ja nej

Rökare i hemmiljö: ja nej

Närhälsan

Tankar om amning

.....
.....
.....

BVC: **Listad vårdcentral:**

Ansvarig sjuksköterska/tfn:

Information från MVC till BVC:

.....
.....
.....

Familjen, beskriv aktuell familjesituation:

.....
.....
.....
.

Graviditet, positiv/negativ upplevelse:

.....
.....
.....

Önskemål/förväntningar BVC:

.....
.....
.....

Underskrift:

Underskrift:

.....