

Överföringsrapport MHV-BHV

Patientuppgifter

Namn:

Personnr:

Adress:

Tfn/Mobil:

Sysselsättning:

Nationalitet:

Språk: Tolk:

Tidigare barn ÅMD:

.....

Beräknad partus:

Partner/närmaste anhörig

Namn:

Ev. annan adress:

Tfn/Mobil:

Sysselsättning:

Nationalitet:

Språk: Tolk:

Tidigare barn ÅMD:

.....

Vald BVC:.....

Ofrivillig barnlöshet; antal år: Åtgärd: ja nej

Amningserfarenheter och tankar om amning:

.....

Familjesituation

sambo med fadern, ensamstående, annan familjesituation;

Alkoholaudit före graviditet

ja, poäng.....

nej

Rökning/snus före graviditet

ja

nej

Rökning/snus under graviditet

ja

nej

Rökare i familjen

ja

nej

Droger

ja

nej

Sjukhistoria

TBC

Psykiatrisk sjukdom

Diabetes mellitus

Hepatit

Psykolog/kuratorkontakt

Graviditetsdiabetes

Epilepsi

Aurora

Annat:

Medicinering före och under graviditet:

.....

Övrig information till BVC:

.....

Blivande mammans signatur:

Datum: Barnmorska: Tfn:

Rapporten fylls i omkring graviditetsvecka 34-35 och skickas till respektive BVC.