

Överföringsrapport från KHV till BHV

Bilaga till rutin: [Informationsöverföring KHV -BB-neonatal-BHV](#)

Överföring hanteras enligt dokumenthanteringsplan – Barnhälsovården

Namn:	Personnummer:
Adress:	Tfn:
Tidigare barn födelsedata:	Beräknat förlossningsdatum:
Närmast anhörig:	Sammanboende: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Tolkbehov: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Språk:
Vilket BVC:	

- Fysisk/psykisk sjukdom, skada eller funktionsnedsättning hos någon av föräldrarna som det är av vikt att BVC får kännedom om: Ja Nej
- Sjukdom hos någon av föräldrarna som föranleder kontroller/behandling av barnet som till exempel Hepatit B, Syfilis, TBC: Ja Nej
- Immunhämmande läkemedel under graviditet som påverkar vaccinationsprogrammet: Ja Nej
- Tidigare svår amningsproblematik: Ja Nej
- Misstanke om eller vetskap om substansbruk i hemmet (ANDT- Alkohol, Narkotika, Droger, Tobak): Ja Nej

Behov av tidigt hembesök: Ja Nej
Behov av förlängt hembesök: Ja Nej
Telefonkontakt från KHV till BVC: Ja Nej

Ansvarig barnmorska, mottagning, tfn:

Samtycke till överrapportering till BVC: Ja Nej

Patientensunderskrift:

Överföring kan översändas till BVC mot moderns vilja efter förfrågan från BVC.

Uppdaterat från föregående version

Ny blankett.