

Barnmorskemottagning: _____

Mammans namn: _____

Personnummer: _____ Telefonnummer: _____

Adress: _____

Partners namn: _____

Personnummer: _____ Telefonnummer: _____

Adress: _____

Sammanboende: JA NEJ Beräknat förlossningsdatum: _____**Graviditetsförlopp, upplevelse**

Markera med X på linjen Lätt ----- Svår

Kommentar: _____

AmningFyllt i amningsplan: JA NEJ

Tidigare amningserfarenheter: _____

Syskon, tidigare födda barn

Namn:	Födelsedata:
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Nedanstående uppgifter fylls i tillsammans med barnmorskaBlodsmitta: JA NEJ Fyllt i alkoholaudit: JA poäng _____ NEJ Fyllt i sicet: JA NEJ Rökning/tobak **före** graviditet: JA NEJ Rökning/tobak **under** graviditet: JA NEJ Någon rökare i familjen: JA NEJ Tolkbehov: JA NEJ Vårdplanering: JA NEJ

Språktillhörighet: _____

Övrigt, t.ex. kontakt med kurator, psykolog: _____

Barnmorska: _____ Telefon: _____

Jag godkänner att dessa uppgifter skickas till aktuell barnhälsovård

Signatur: _____