



MYNDIGHETEN FÖR
FAMILJERÄTT OCH
FÖRÄLDRASKAPSTÖD

INTYG

om ultraljudsundersökning eller utvecklingsgrad för utredning av faderskap

Detta formulär kan även användas vid utredning av föräldraskap, ensamstående, eller faderskap/moderskap om någon eller båda föräldrarna ändrat könsidentitet

Kommun	Ansvarig nämnd
Utredarens förnamn och efternamn	

Förnamn och efternamn på den som fött eller ska föda barnet	Personnummer
Barnets förnamn och efternamn	Personnummer
<input type="checkbox"/> Barnet är inte fött	

Fylls i av förlossningsläkaren

Ultraljudsundersökning

<input type="checkbox"/> BPD-undersökning gjord	Datum för första mätningen	Mätvärde i mm	Datum för andra mätningen	Mätvärde i mm
<input type="checkbox"/> CRL-undersökning gjord	Datum för första mätningen	Mätvärde i mm	Datum för andra mätningen	Mätvärde i mm
<input type="checkbox"/> Undersökningen är gjord på svenskt sjukhus				
<input type="checkbox"/> Undersökningen är utförd av en läkare med specialkompetens i obstetrik och gynekologi				
<input type="checkbox"/> Undersökningen är gjord i syfte att tidsbestämma graviditeten				

Utvecklingsgrad

Födelsevikt i gram	Födelselängd i cm
<input type="checkbox"/> Barnet har en allvarig skallmissbildning (microcephali)	
<input type="checkbox"/> Graviditetskomplikationer har förekommit under graviditeten (t ex preeklampsi eller graviditetsdiabetes). Ange vilken/vilka:	

Övrigt

--

Datum	Ansvarig läkare vid förlossningskliniken (namnteckning)	Namnförtydligande
Förlossningsklinik	Telefon (inkl. riktnr)	