



**Graviditetsuppföljning avseende graviditet som uppkommit vid assisterad befruktning på Göteborgs IVF klinik.**

Namn	Personnummer
------	--------------

Var skedde förlossningen? \_\_\_\_\_

Förlossningsdatum: \_\_\_\_\_

Förlossningssätt:

Vaginal förlossning      Suglocka      Sectio (kejsarsnitt)

Barnets kön:    Flicka    Pojke

Barnets kön:    Flicka    Pojke

Vikt: \_\_\_\_\_

Vikt: \_\_\_\_\_

Längd: \_\_\_\_\_

Längd: \_\_\_\_\_



Uppstod några komplikationer i samband med förlossningen? I så fall vilka?

---

---

---

Behövde barnet/barnen vård på barnklinik/neonatalavdelning?    Ja    Nej

Om ja, beskriv varför:

---

---

---

Jag medger härmed till att Göteborgs IVF klinik rekvirerar min förlossningsjournal:

Datum, signatur	Namnförtydligande
-----------------	-------------------

Vänligen scanna in och maila ifylld blankett till [info@goteborgsivfklirik.se](mailto:info@goteborgsivfklirik.se)  
alt skicka till Göteborgs IVF klinik, Fabriksgatan 10, 412 50 Göteborg.