

Fylles ut ved første telefonkontakt

Dato: _____

Mors navn: _____

Fødselsdato: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Gutt/jente: _____

Fødselsdato: _____

Fødselsvekt: _____

Laveste vekt: _____ Dato: _____

Hvilken ernæring får barnet (sett kryss)?

Morsmelk

Morsmelkerstatning

Annet: _____

Har barnet tatt brystet (ja/nei)?: _____

Har mor såre brystknopper og/eller smerter i brystene ved amming (ja/nei)? _____

Merknader: