

Váttan um sjúku hjá barnakonu ella vanda fyrri fosturskaða

Um mammuna

Navn:	P-tal:
Gøta og gøtunúmer:	Telefon:
Postnr. og bygð/býur:	Fartelefon:

Sjúkrskrivningin kemst av einari ella fleiri av hesum orsøkum:

<ul style="list-style-type: none"> • Hóttandi abort • Fleirburagraviditet, har vandi er fyrri abort ella barnsburði áðrenn tíð • Fostureitran við BT-hækkan, proteini í landinum og/ella vatni í kroppinum • Ring spýggja, sum ávirkar almennu heilsustøðuna (t.d. lættnan), og sum hevur óarbeiðsføri við sær • Bløðing úr móðurskeið • Loysn av eftirburði áðrenn tíð (Placentaloysn) • Kokuloysn • Álvarslig sálarlig árin í sambandi við graviditet, sum koma undir hugtakið sjúka • Árin av graviditeti, sum viðføra so stóran ampa, at mamman er ikki arbeiðsfør • Vandur fyrri fosturskaða av ávísam hættisligum arbeiði 	
Fyrsti fráverudagur:	Barnsburður væntaður:
Er framhaldandi arbeiði til vanda fyrri heilsuna hjá mammu ella fostri? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Sjúkan hevur við sær: <input type="checkbox"/> Óarbeiðsføri <input type="checkbox"/> Partvíst óarbeiðsføri <input type="checkbox"/> Onga ávirkan á arbeiðsførið	
Um partvíst óarbeiðsføri, skal hetta upplýst í %:	
Væntað longd frá dags dato (tal av døgum/vikum/mánaðum):	
Møguligar upplýsingar um arbeiðsstaðið:	Møguligar upplýsingar um arbeiðið:
Aðrar viðmerkingar:	

Læknin, ið útflyggjar sjúkrskrivningina

Tær læknaligu upplýsingarnar og metingarnar, sum ásettar eru í hesi sjúkraváttan, hava bert samband við endamálið við váttanini.	
Navn, adressa, telefonnummar og stempul hjá lækna: (Fyrri sjúkrahús, upplýs eisini deild)	Dagfesting og undirskrift:

Send skjalið til barsil@taks.fo ella til TAKS, Postboks 2151, 110 Tórshavn

Gev gætur, at skjalið inniheldur persónsupplýsingar til TAKS at viðgera. Kunna teg um viðgerð av persónsupplýsingum og um rættindi tíni í hesum sambandi á www.taks.fo/persónsupplýsingar.