



Kommun	Detta protokoll ska användas, om parterna är sambor och övertygade om att barnet är deras gemensamma eller kommit till genom en assisterad befruktning och inga omständigheter har kommit fram som ifrågasätter faderskapet.
Ansvarig nämnd	
Utredarens förnamn och efternamn	Datum då utredningen påbörjades

Barnet

Förnamn och efternamn	Personnummer	
Vårdnadshavare		
Sjukhus där barnet är fött		
Födelsevikt i gram	Konceptionstid (efter födelsevikt)	Konceptionstid (efter ultraljud)
Annat (t.ex. utvecklingsgrad vid födelsen)		

Väntat barn

Beräknad nedkomst	Beräknad konceptionstid
-------------------	-------------------------

Modern

Förnamn och efternamn	Personnummer
Bostadsadress (utdelningsadress, postnummer och postort)	
Telefon bostaden (inkl. riktnr)	Telefon arbetet (inkl. riktnr)
Moderns identitet styrkt genom (legitimationshandlingens typ och nummer)	

Mannen

Förnamn och efternamn	Personnummer	
Bostadsadress (utdelningsadress, postnummer och postort)		
Telefon bostaden (inkl. riktnr)	Telefon arbetet (inkl. riktnr)	
Mannens identitet styrkt genom (legitimationshandlingens typ och nummer)	Fylls i om barnet avlats genom assisterad befruktning Samtycket till den assisterade befruktningen är styrkt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Fylls i om mannen inte är folkbokförd i Sverige		
Födelseort	Födelseland	Medborgarskap

Utredning

Parterna uppger att de är sambor och att de är övertygade om att barnet är deras gemensamma eller att barnet kommit till genom den assisterade befruktningen.		
Jag intygar ovanstående uppgifter (datum och moderns namnteckning)		Jag intygar ovanstående uppgifter (datum och mannens namnteckning)
Datum	Utredarens namnteckning	Namnförtydligande

Handläggning av utredningen

Åtgärder och bedömning
