

## Patientens hälsodeklaration (kvinna)

Namn:			Personnr:				
Partners namn:			Personnr:				
E-mail:		Tel.nr vi kan nå dig på:					
Yrke/sysselsättning:							
Civilstånd: Ensamstående <input type="checkbox"/> Gift/sambo <input type="checkbox"/>							
Längd:			Aktuell vikt:				
Rökning: Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Hur mycket:                      Hur länge:		Snus: Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Hur mycket:                      Hur länge:		Alkohol? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Hur mkt per vecka:			
<b>Tidigare och/eller nuvarande sjukdomar</b>	<b>Nej</b>	<b>Ja</b>	<b>År</b>	<b>Tidigare och/eller nuvarande sjukdomar</b>	<b>Nej</b>	<b>Ja</b>	<b>År</b>
Diabetes				Njursjukdom			
Hjärtsjukdom				Bukoperation			
Lungsjukdom				Gynekologisk sjukdom			
Blödningsbenägenhet				Gynekologisk operation			
Reumatisk sjukdom				Könssjukdom t ex chlamydia			
Gulsot				Depression (medicinskt behandlad)			
Blodpropp				Annan allvarlig sjukdom			
Tar du några mediciner: Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vilka:							
Har du någon allergi: Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Mot vad:							
Överkänslighet mot läkemedel: Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vilka:							
<b>Gynekologisk hälsodeklaration</b>							
<b>Tidigare graviditeter</b>							
Antal graviditeter:		Barn:		Missfall:		Utomkvedshavandeskap:      Aborter:	
Antal år av ofrivillig barnlöshet (gäller par):							
Graviditeter i nuvarande förhållande (gäller par):							
Antal graviditeter:		Barn:		Missfall:		Utomkvedshavandeskap:      Aborter:	
Antal dagar från mensens första dag till nästa mens första dag (gäller kvinna som skall behandlas):							
Din senaste mens första dag. Datum (gäller kvinna som skall behandlas):							
Tidigare hormonbehandling (gäller kvinna som skall behandlas): Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vilken klinik:							
När:		Antal gånger:					
Tidigare IVF (gäller kvinna som skall behandlas): Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vilken klinik:							
När:		Antal gånger:					
När togs ditt senaste cellprov/cytologprov:				Normalt?    Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>			
Övrigt som vi bör veta om dig:							
Har du någon gång de senaste 12 månaderna vårdats eller utfört vårdarbete utomlands?    Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>							
Behöver du tolk inför besöket    Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja, vilket språk?							

Datum \_\_\_\_\_ Underskrift \_\_\_\_\_