

HÄLSODEKLARATION PREVENTIVMEDELSRÅDGIVNING

Namn: _____ Personnummer: _____

Längd: _____ cm Vikt: _____ kg

Har någon av dina biologiska föräldrar eller syskon behandlats av läkare för:

Blodpropp i benen eller lungorna?	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Bröstcancer	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Hjärtinfarkt	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Ärjeplogs-sjukan (porfyri)	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Annan allvarlig sjukdom	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja

Har du eller har du någon gång tidigare haft:

Migrän/ögonmigrän	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Hjärt-kärlsjukdom	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Epilepsi	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Högt blodtryck	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Blodpropp	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Blodsjukdom/koagulationsrubbing	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
SLE	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Inflammatorisk tarmsjukdom	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Kronisk leversjukdom	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Cancersjukdom	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Genomgått större operation	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Svår akne	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Depression	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja

Vilket/vilka preventivmetoder har du tidigare använt?

Använder du några läkemedel regelbundet? I så fall vilka?

Använder du tobak dagligen? Nej Ja

Är din mens regelbunden? Nej Ja

Antal graviditeter: _____ Antal förlossningar: _____