

Datum

EGENREMISS

Älvpraktikens Gynekologiska mottagning
Nordmannatorget 1
442 37 KUNGÄLV

Personnr: _____

Förnamn: _____

Efternamn: _____

Mobilnummer: _____

Gatuadress: _____

Postnr: _____

Postadress: _____

Behov av tolk

Ja Språk: _____

Nej

Beskriv kort de gynekologiska besvär du söker för:

Hur länge har du haft dessa besvär? _____

Har du sökt på vårdcentral eller annan vårdinrättning på grund av dina besvär?

Ja Var? _____

Nej

Tar du några mediciner (inklusive p-piller)?

Ja Vilka? _____

Nej

Använder du några preventivmedel?

Ja Vilket? _____

Nej

Finns det något övrigt som vi behöver veta?
