

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: | | | | | |
| Tidigare och/eller nuvarande sjukdomar | Nej | Ja | År | Tidigare och/eller nuvarande sjukdomar | Nej | Ja | År | | |
| 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: | | | | | | | | | |
| Gynekologisk hälsodeklaration | | | | | | | | | |
| Tidigare graviditeter | | | | | | | | | |
| 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** _____