

Hälsodeklaration, Tudorkliniken gynmottagning (kvinna)

Ditt namn:	Namn partner:
Personnummer:	Telefonnummer:

Civilstånd: Gifta <input type="checkbox"/> Sambo <input type="checkbox"/>	Hur länge har ni varit folkbokförda på samma adress?				
Yrke/sysselsättning:					
Längd:		Aktuell vikt:		BMI:	
Rökning:	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Snus:	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Alkohol:	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Hur mycket:	Hur länge:	Hur mycket:	Hur länge:	Hur mycket:	Hur länge:

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			
Gulsot				Depression (medicinskt behandlad)			
Blodpropp				Annan allvarlig sjukdom			

Gynekologisk hälsodeklaration

Sedan när har du och din partner aktivt försökt bli gravida?

I nuvarande förhållande	Barn:	Utomkvedshavandeskap:	Missfall:	Aborter:
Antal graviditeter:				
I tidigare förhållande	Barn:	Utomkvedshavandeskap:	Missfall:	Aborter:
Antal graviditeter:				

Antal dagar från mensens första dag till nästa mens första dag:

Hur ofta har ni samlag?

Tidigare hormonbehandling:	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	När:	Antal gånger:	Vilken klinik:
Tidigare IVF:	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	När:	Antal gånger:	Vilken klinik:

Har du syskon? **Är du IVF-barn:** Nej Ja

När togs ditt senaste cellprov/cytologprov **Normalt?** Nej Ja

Tar du några mediciner: Nej Ja Vilka:

Har du någon allergi: Nej Ja Mot vad:

Överkänslighet mot läkemedel: Nej Ja Vilka:

Hur fick du kännedom om vår klinik? Min gynekolog Vänner/bekanta Remiss Internet

Har du behov av tolk? **Språk:** _____

Datum _____ Underskrift _____