

## 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

Jag har tagit ägglossningstestet. Resultat: Positivt  Negativt

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 \_\_\_\_\_