

# Patient oplysningsskema for Enlige

## Oplysninger om dig:

Navn: \_\_\_\_\_ Din vægt (i kg) \_\_\_\_\_

CPR.nummer: \_\_\_\_\_ Din højde (i cm) \_\_\_\_\_

Din stilling: \_\_\_\_\_ Dit BMI: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon (privat): \_\_\_\_\_

Telefon (Arbejde): \_\_\_\_\_

Mobiltelefon: \_\_\_\_\_

Emailadresse: \_\_\_\_\_

Hvilket telefonnummer vil du/I gerne have vi kontakter dig/Jer på? \_\_\_\_\_

## Oplysninger om dit generelle helbred:

Anvender du medicin? \_\_\_\_\_

Er du overfølsom eller allergisk over for medicin? \_\_\_\_\_

Hvis ja, hvad hedder medicinen: \_\_\_\_\_

Anvender du naturmedicin? \_\_\_\_\_

Hvis ja, angiv navn og dosis: \_\_\_\_\_

Ryger du? \_\_\_\_\_ Hvis ja (antal pr. dag) \_\_\_\_\_

Lider du af kroniske sygdomme fx med Stofskiftet, sukkersyge eller psykiske lidelser? \_\_\_\_\_

Hvor mange genstande drikker du iløbet af en uge? \_\_\_\_\_

Dyrker du motion? \_\_\_\_\_

Hvis ja, hvilken/hvilke? \_\_\_\_\_

Hvor mange timer per uge? \_\_\_\_\_

## Psykiske lidelser:

Har du fået antidepressiv medicin? \_\_\_\_\_

Har du været eller er du i psykologisk behandling? \_\_\_\_\_

Hvis ja, for hvilken lidelse? \_\_\_\_\_

Hvis ja, af hvilken grund? \_\_\_\_\_

Har du været indlagt på en psykiatrisk afdeling? \_\_\_\_\_

Hvis ja, for hvilken lidelse, hvor og hvornår? \_\_\_\_\_

### **Tidligere graviditeter:**

Har du født før? \_\_\_\_\_

Har du født normalt? \_\_\_\_\_ Eller ved kejsersnit? \_\_\_\_\_

Har du været tvillingegravid? \_\_\_\_\_

Har du aborteret ufrivilligt? \_\_\_\_\_

Har du haft en graviditet udenfor livmoderen? \_\_\_\_\_ Årstal? \_\_\_\_\_

Har du valgt at få en abort? \_\_\_\_\_

I hvilken svangerskabsuge? \_\_\_\_\_ Hvis ja, hvilket år? \_\_\_\_\_

Fik du en udskrabning eller en medicinsk abort? \_\_\_\_\_

### **Oplysninger om menstruationsforhold, underlivssygdomme og samliv:**

Alder ved første menstruation: \_\_\_\_\_

Er din menstruation regelmæssig? \_\_\_\_\_

Hvor mange dage varer blødningen cirka (antal dage)? \_\_\_\_\_

Hvor mange dage er der fra start af en menstruation til den næste begynder (antal dage)? \_\_\_\_\_

Har du fået røntgenundersøgt livmoder og Æggeledere (HSU/HSG)? \_\_\_\_\_

Hvis ja hvornår? \_\_\_\_\_ På hvilket hospital/gynækolog/klinik? \_\_\_\_\_

Hvad var resultatet af undersøgelsen? \_\_\_\_\_

Har du menstruations smerter? \_\_\_\_\_

Har du fået foretaget en underlivsoperation? \_\_\_\_\_

Hvis ja, hvornår og af hvilken årsag? \_\_\_\_\_

Lider du af øget behåring på krop og/eller kønsdele? \_\_\_\_\_

Har du haft underlivsbetændelse? \_\_\_\_ Og var du indlagt på sygehus? \_\_\_\_\_

Har du haft klamydia? \_\_\_\_\_

Er du behandlet for anden underlivssygdom? \_\_\_\_\_

Hvis ja, hvilken? \_\_\_\_\_

Har du fået foretaget regelmæssige celledyrkning (smear) fra livmoderhalsen? \_\_\_\_\_

Hvis ja, hvornår har du sidst fået foretaget dette (årstal)? \_\_\_\_\_

Har du haft celleforandringer? \_\_\_\_\_

Hvis ja, har du fået foretaget et keglesnit? \_\_\_\_\_

Hvis ja, hvor og hvilket årstal? \_\_\_\_\_

Har du haft røde hunde(Rubella)? \_\_\_\_\_

Er du vaccineret mod røde hunde? \_\_\_\_\_

Har du eller får du psykologhjælp eller psykiatrisk behandling? \_\_\_\_\_

Må vi kontakte din behandler/tidligere behandler? Ja \_\_\_\_ Nej \_\_\_\_

Hvis ja, hvem kan vi kontakte? \_\_\_\_\_

Må egen læge få tilsendt udskrivningsbrev efter endt behandling? Ja \_\_\_\_ Nej \_\_\_\_

---

**Dato og underskrift (kvinde)**