

Patient oplysningsskema for Lesbiske.

Oplysninger om kvinde som skal være gravid:

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 former? _____

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 og din samlever/ægtefælle fællesbørn? _____

Bor Jeres børn hos Jer? _____

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 menstruationssmerter? _____

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 celledrab (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 (kvinden)

Oplysninger om Medmor:

Navn: _____ Din vægt (i kg) _____

CPR.nummer: _____ Din højde (i cm) _____

Din stilling: _____ Dit BMI: _____

Adresse: _____

Telefon (privat): _____

Telefon (Arbejde): _____

Mobiltelefon: _____

Emailadresse: _____

Oplysninger om dit generelle helbred:

Anvender du medicin? _____

Er du overfølsom eller allergisk over for medicin? _____

Hvis ja, hvad hedder medicinen: _____

Avender du antidepressiv medicin? _____ Hvis ja, navn og dosis: _____

Lider du af kroniske sygdomme (sukkersyge, stofskiftesygdomme)? _____

Hvis ja, hvilke? _____

Ryger du? _____ Hvis ja, (antal pr. dag) _____

Hvor mange genstande drikker du i løbet af en uge? _____

Dato og underskrift (Partner)