

Tak for hjælpen

## TIL PATIENTEN

Ved konsultation hos gynækologen bliver der spurgt til menstruationsforhold, tidligere sygdomme, brug af medicin m.m. *Det kan være svært at huske det hele når man bliver spurgt, så Det vil derfor være en stor hjælp, hvis du vil udfylde dette skema inden, du kommer ind til konsultation.*

Din praktiserende læge vil automatisk få oplysninger om din konsultation, og vi vil i nogle tilfælde følge op på dit besøg ved opslag i dine sundhedsdata, med mindre du ikke ønsker dette.

På forhånd tak for hjælpen

Speciallægerne  
Agnete Vedsted-Jakobsen og Henrik Springborg

### Tidligere sygdomme i underlivet?: Hvis ja, hvilke?:

Sygdom \_\_\_\_\_ Årstal: \_\_\_\_\_

Sygdom \_\_\_\_\_ Årstal: \_\_\_\_\_

**Er du nogensinde blevet opereret?** (i underlivet, mave-tarm, bryst, hjerte eller andet):

Operation \_\_\_\_\_ Årstal: \_\_\_\_\_

Operation \_\_\_\_\_ Årstal: \_\_\_\_\_

**Er der risiko for at du er smittet med MRSA (multiresistent bakterie)**      **JA:** \_\_\_\_\_      **NEJ:** \_\_\_\_\_

### Er der i din nære familie tilfælde af:

	Ja	Nej
Tilfælde af brystkræft?	_____	_____
Tilfælde af kræft i underlivet?	_____	_____
Blodpropper før 50 års alderen?	_____	_____
Knogleskørhed (Osteoporose)	_____	_____

**NAVN:** \_\_\_\_\_

**CPR:** \_\_\_\_\_

**TLF/MOBIL:** \_\_\_\_\_

**E-MAIL:** \_\_\_\_\_

**MÅ VI SENDE SVAR O.LIGN. TIL DIN E-BOKS?:**

**Er du allergisk overfor nogen form for medicin? Hvis ja, skriv da præparat:**

\_\_\_\_\_

**Får du nogen fast medicin? Notér venligst hvilken.  
(Hvis du ikke husker navnet, så skriv hvorfor du tager det)**

Navn på medicinen: \_\_\_\_\_

Navn på medicinen: \_\_\_\_\_

**Menstruation mv.:** Dato, hvor sidste menstruation begyndte:

\_\_\_\_\_

Hvor mange dage bløder du? \_\_\_\_\_ dage

Hvor mange dage går der fra 1. menstruationsdag til næste menstruations start?: \_\_\_\_\_ dage

Graviditeter (hvor mange)?: \_\_\_\_\_

Fødsler?: \_\_\_\_\_ af dem, hvor mange ved kejsersnit?: \_\_\_\_\_

Anvender du nogen form for prævention? (P-piller, spiral, kondom, andet). Hvilken? \_\_\_\_\_

Har du fået taget en celleprøve fra livmoderhalsen? \_\_\_\_\_

Hvornår sidst? \_\_\_\_\_

**Har du – eller har du tidligere fejlet – nogle af følgende sygdomme?**

	<b>Ja</b>	<b>Nej</b>
Blodprop i benene	___	___
Blodprop i hjertet eller hjernen	___	___
Astma	___	___
Hjertesygdom	___	___
Sukkersyge	___	___
Stofskiftesygdomme	___	___
Sygdomme i brystet	___	___
Forhøjet blodtryk	___	___
Anden kronisk sygdom	___	___

**Noter venligst din højde og vægt:**

Højde: \_\_\_\_\_ cm      Vægt: \_\_\_\_\_ kg

**Ryger du?**

Hvis ja, ca. hvor mange cigaretter dgl.: \_\_\_\_\_

**Alkohol**

Hvor mange genstande nyder du pr. uge: \_\_\_\_\_