

Oplysningsskema

Skemaet skal udfyldes hjemmefra

Kvinden

Navn _____ CPR _____

Har du før fået hjælp til graviditet?

Har du tidligere været gravid? Årstal

Spontan abort? Årstal

Født? Hvornår? Kejsersnit?

Menstruationscyklus: Hvor mange dage er der fra 1. blødningsdag til næste menstruations 1. blødnings dag.

Hvor gammel var du, da du startede med at have menstruationer?

Er du tidligere blevet opereret?

Har du tidligere haft Klamydia?

Har du haft underlivsbetændelse?

Er du vaccineret for røde hunde/rubella?

Har du tidligere fejlet noget gynækologisk?

Andre sygdomme?

Får du fast medicin?

Oplysninger om evt. medicinpræparater:

Højde _____ Vægt _____

Ryger du? Hvor meget ryger du?

Alkohol? Hvor mange genstande om ugen?

Dato og Underskrift
