

Patientnavn		CPR-nr.	
Tlf. nr		E-mail	

Højde	cm	Rygning (stk. pr. dag)	
Vægt	kg	Alkohol (genstande pr. uge)	

Allergi: Er du overfølsom for medicin	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	<i>hvis ja, - hvilken</i>
--	-----------------------------	------------------------------	---------------------------

Lider du af kroniske sygdomme	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Fx migræne, sukkersyge, stofskiftesygdom, hjertekarsygdom, forhøjet blodtryk, astma, nyre- eller leversygdom, epilepsi, depression, angst, kræft eller andet		

Tager du dagligt medicin	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	<i>Hvis ja, - hvilken</i>

Er du opereret i maven eller skeden	<i>hvis ja, - for hvad</i>
--	----------------------------

Gynækologi	Svar
Hvor mange dage går der mellem dine menstruationer	
Anvender du prævention, <i>hvis ja, - hvilken</i>	
Er der blødninger ved samleje	
Er der pletblødninger mellem dine menstruationer	
Er dine menstruationer ophørt v overgangsalderen	
Hvornår har du sidst fået taget en celleprøve/ screening for livmoderhalskræft	
Er du vaccineret mod HPV	

Graviditeter	Ja	Nej	Evt. komplikationer
Antal fødsler			
Antal spontane aborter/ provokerede aborter			
Antal graviditeter udenfor livmoderen			

Sygdomme i nærmeste familie	Ja	Nej
Forhøjet blodtryk, blodpropper, brystkræft, kræft i æggestokkene, kræft i tarmen		

MRSA (resistente stafylokokker)	Ja	Nej
Har du tidligere fået påvist MRSA (<i>hvis ja, - er du erklæret MRSA-fri</i>)		
Har du inden for de sidste 6 mdr boet med eller haft husstandsliktende kontakt med MRSA-positiv person		
Har du inden for de sidste 6 mdr modtaget behandling på hospital/ klinik udenfor Norden		
Har du eller ét husstandsmedlem haft ugentlig eller hyppigere kontakt til levende svin inden for de sidste 6 mdr		

Information til praktiserende læge, andre speciallæger og/ eller sygehuse	Ja	Nej
Accepterer du et lægebrev til egen læge, adgang til din E-journal samt at vi sender dig post pr mail		
Accepterer du, at vi sender et notat om undersøgelsen foretaget hos os, hvis du bliver indlagt/ behandlet ambulat på et sygehus eller hos en anden speciallæge		

Ønsker du sms med din tid 2 dage før dine konsultationer i klinikken	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------	------------------------------

Vi sikrer fortrolighed og beskyttelse af dine data jf. Persondataforordningen og Privatlivspolitik for vores patienter, som fremgår på skrift i klinikken samt på www.gynaekolog-grønning.dk

Dato: _____ **Patientunderskrift:** _____