|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 ☐ Nej ☐** | *hvis ja, - for hvilken medicin:* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lider du af kroniske sygdomme** | **Ja ☐** | **Nej ☐** |
| Fx migræne, sukkersyge, stofskiftesygdom, hjertekarsygdom, forhøjet blodtryk, astma, nyre- eller leversygdom, epilepsi, depression, angst, kræft eller andet |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tager du dagligt medicin** | **Ja ☐** | **Nej ☐** | *Hvis ja, - hvilken* |
|  |  | | |
|  |  | | |
|  |  | | |
|  |  | | |

|  |
| --- |
| **Er du opereret i maven eller skeden**  *hvis ja, - for hvad:* |

|  |  |
| --- | --- |
| **Gynækologi** | **Svar** |
| Hvor mange dage går der mellem dine menstruationer (tælles fra 1. dag til næste 1. blødningsdag) |  |
| Anvender du prævention, *hvis ja,- hvilken* |  |
| Er der blødninger ved samleje |  |
| Er der pletblødninger mellem dine menstruationer |  |
| Har du tidligere haft Klamydia |  |
| Er dine menstruationer ophørt i forbindelse med overgangsalderen |  |
| Hvornår har du sidst fået taget en celleprøve/ screening for livmoderhalskræft |  |
| Er du vaccineret mod HPV |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Graviditeter** | **Antal** | **Evt. komplikationer** |
| Antal fødsler |  |  |
| Antal spontane aborter **/** provokerede (ønsket) aborter | **/** |  |
| Antal graviditeter udenfor livmoderen |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **MRSA (betyder resistente stafylokok bakterier)** | **Ja** | **Nej** |
| Har du tidligere fået påvist MRSA *(hvis ja,- er du erklæret MRSA-fri)* |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Information til dig, praktiserende læge, andre speciallæger og/ eller sygehuse** | **Ja** | **Nej** |
| Accepterer du, at modtage post (som svar på undersøgelser) pr krypteret oplyst mail |  |  |
| Accepterer du, Gynækologisk klinik adgang til din E-journal i forbindelse med din behandling hos os |  |  |
| Accepterer du, afsluttende lægebrev til orientering for egen læge |  |  |
| Accepterer du, at vi sender et notat om undersøgelsen foretaget hos os, hvis du skal behandles på et sygehus eller hos en anden speciallæge i forbindelse med din kontakt hos os |  |  |

*Vi sikrer fortrolighed og beskyttelse af dine data jf. Persondataforordningen og Privatlivspolitik for vores patienter, som fremgår på skrift i klinikken samt på* [*www.gyn-naestved.dk*](http://www.gyn-naestved.dk)

**Dato: Patientunderskrift:**