

# Gynekologi



Vänligen fyll i patientformuläret inför ditt besök

**Namn**

---

**Personnummer**

---

Vilka besvär söker du hjälp för?

---

---

Nuvarande sjukdomar?

---

---

Använder du några mediciner/naturläkemedel?  Ja  Nej

Om "Ja", vilka? \_\_\_\_\_

Är du allergisk mot något läkemedel?  Ja  Nej

Om "Ja", vilka? \_\_\_\_\_

Har du haft blodpropp i ben eller lunga?  Ja  Nej

Antal graviditeter \_\_\_\_\_ Antal missfall \_\_\_\_\_ Antal barn \_\_\_\_\_

Har du genomgått kejsarsnitt?  Ja  Nej Hur många? \_\_\_\_\_

Om du har mens, är den regelbunden?  Ja  Nej

Datum för sista mens (1:a dagen) \_\_\_\_\_

Har du genomgått några operationer?  Ja  Nej

Om "Ja", vilka? \_\_\_\_\_

Tidigare gynekologiska sjukdomar? \_\_\_\_\_

Använder du något preventivmedel?  Ja  Nej

Röker du?  Ja  Nej Hur mycket? \_\_\_\_\_

Motionerar du?  Ja  Sällan Hur ofta? \_\_\_\_\_

Din längd \_\_\_\_\_ cm Din vikt \_\_\_\_\_ kg

Jag godkänner att verksamhet som remiss skickas till, och som ingår i en annan vårdgivare tar del av ospärrade journaluppgifter för att kunna ge god och säker vård.