

Er du allergisk over for nogen form for medicin?
(Hvis ja, skriv præparat): _____

Kan du tåle lokalbedøvelse? _____

Får du nogen fast medicin? Notér venligst hvilken.
(Hvis du ikke husker navnet, så skriv for hvilken
tilstand eller sygdom medicinen tages):

Navn på medicinen: _____

Navn på medicinen: _____

Noter venligst din højde og
vægt:

HØJDE: _____ cm

VÆGT: _____ kg

Ryger du?

Hvis ja, ca. hvor mange cigaretter
dgl.: _____

Har du - eller har du tidligere fejlet - nogle af følgende
sygdomme?:

	JA	NEJ
Blodprop i benene	___	___
Blodprop i hjerte eller hjerne	___	___
Astma	___	___
Hjertesygdom	___	___
Sukkersyge	___	___
Stofskiftesygdomme	___	___
Sygdomme i brystet.	___	___
Forhøjet blodtryk	___	___
Anden kronisk sygdom	___	___

Menstruation m.v.: Dato for start af sidste menstruation: _____
Hvor ofte har du menstruation? _____ i hvor mange dage: _____
Er blødningen kraftig? _____
Graviditeter: (antal i alt): _____
Fødsler i alt : _____ Heraf antal ved kejsersnit: _____
Aborter (antal) _____

Anvender du nogen form for prævention? (p-piller, spiral, kondom,
andet): Hvilken: _____

Har du fået taget celleprøve fra livmoderhalsen?
Hvornår sidst? _____

Tidligere sygdomme i underlivet?: Hvis ja:

Sygdom _____ Årstal _____

Sygdom _____ Årstal _____

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

Operation _____ Årstal: _____

Operation _____ Årstal: _____

Det kan være svært at huske det hele når man bliver spurgt, så det vil være en stor hjælp, hvis du vil udfylde dette skema inden, du kommer ind til konsultationen.

Dato: _____ / _____ 201**Navn:** _____**CPR:** _____**Mail*:** _____ @ _____**Mobiltelefonnummer**:** _____

*) til brug ved svar på evt. prøver

**) så sender vi en sms dagen før en evt. ny aftale i klinikken

Er der i din familie tilfælde af:**JA** **NEJ**Brystkræft? Sygdom i underlivet? Blodpropper i ung alder? Andet? **Tak for hjælpen.****Husk at tage skemaet med ind til konsultationen****Vil du give samtykke til at:**

Der sendes lægebrev - dvs. oplysninger om aktuelle udredning og behandlingsresultater, samt en plan for det videre forløb - til din egen/henvisende læge?

JA **NEJ**

Vi må indhente oplysninger, der kan have betydning for det aktuelle problem eller lidelse fra andre læger/ sygehusafdelinger?

JA **NEJ**