

Har du allergi over for noget medicin? _____ Kan du tåle lokalbedøvelse? _____
(Hvis ja skriv venligst navnet på medicinen):

Er der nogen i din familie der har følgende sygdomme? og i så fald hvem?
Brystkræft _____ Kræft i æggestokken _____ Blodprop før fyldt 50 år _____
Hvem? _____

Har du nogen kroniske sygdomme? (hvilke?) _____
(f.eks. Diabetes, forhøjet blodtryk, stofskiftesygdom, Astma eller lignende.)

Er du tidligere opereret for noget i maven eller underlivet? _____
Hvis du tager medicin skriv venligst hvilken/hvilke? _____

Ryger du? _____ Hvor meget? _____ Højde _____ Vægt _____ kg

Dato for sidste menstruations 1. dag eller alder for ophør af menstruation _____
Hvor mange dage bløder du? _____ Dage imellem menstruationerne? _____

Anvender du prævention og hvilken? _____ Er du HPV vaccineret? _____

Antal fødsler? _____ Heraf antal ved kejsersnit _____ Antal aborter _____

Din E-mail: _____ Mobil/telefonnummer: _____

Må vi sende lægebrev til din egen læge? ____ . Må vi sende dig prøvesvar i e-boks? _____

Hvis vi får brug for at henvise dig videre til f.eks sygehus eller anden speciallæge, må vi så dele dine oplysninger med den aftalte part? _____

Navn: _____

Cprnr.: _____

Tak for hjælpen.



Du bedes tage skemaet med ind til lægen.