

Oplysninger til brug i journalen

Gynækologisk/Obstetrisk Afd.

Navn: _____

CPR: _____

Tlf. (privat): _____ Mobil: _____ Tlf. (arb.): _____

Nærmeste pårørende. Navn: _____
(Understreg: søn/ datter/ forældre/ ægtefælle/ samlever/ søster/ bror/ anden familie/ ven/ nabo)

Tlf. (privat): _____ Mobil: _____ Tlf. (arbejde): _____

Allergi:

Har du allergi (overfølsomhed)? Nej Ja, over for:

Tåler du penicillin? Ja Nej Reaktion _____

Dispositioner:

Er der nogen i familien, der lider af:

Sukkersyge: Nej Ja Forhøjet blodtryk: Nej Ja Dårligt hjerte: Nej Ja

Blodpropper: Nej Ja Kræft: Nej Ja Type _____

Tidligere:

Hvis menstruationerne er ophørt, hvilken alder havde du ved den sidste menstruation?: _____ år
Såfremt du stadig har menstruationer, angiv menstruationsblødningerne de sidste 3 måneder:

Måned	Fra – til	Styrke	
			Pletblødning = 0
			Svag = 1
			Moderat = 2
			Kraftig = 3

Tidligere indlæggelser / operationer

Årstal	Hospital	Operation / sygdommens art

Har du født: Nej Ja Antal fødsler i alt: _____ Største fødselsvægt: _____

Har du aborteret: Nej Ja Antal aborter i alt: _____

VEND

Holbæk Sygehus, Gynækologisk/Obstetrisk Afdeling

Navn: _____

CPR: _____

Medicin:

Angiv din medicin. Det er vigtigt at notere al den medicin, du får, inkl. naturpræparater, kosttilskud, hormoner, p-piller og lignende

Medicinens navn (eks. tablet Pamol)	Medicinens styrke (eks. 500 mg)	Hvor meget tager du ad gangen og på hvilke tidspunkter (eks. 2 stk. morgen og 2 stk. aften)	Årsag

Har du tidligere taget kvindelige hormoner: Nej Ja indtil år: _____

Hvis Ja, hvor mange år har du taget:

P-piller (antal år i alt): _____ Lokal hormon (antal år i alt): _____

Anden hormonbehandling (antal år i alt): _____ Beskriv mærke: _____

Tager du kvindelige hormoner for tiden: Nej Ja hvilket mærke: _____

Tobak:

Aldrig røget: Tidligere røget: I givet fald: ikke-røget: _____ uger _____ måneder _____ år

Nuværende tobaksforbrug: _____ cigaretter/ dag _____ cerutter/ pibestop/ dag _____ cigarer/ dag

Alkohol:

Har du dagligt alkoholforbrug: Ja: Nej: Antal genstande / uge: _____

Socialt:

Kostvaner. Har du særlige ønsker til kost under indlæggelse? Nej Ja Hvilke _____

Hvilket erhverv har du: _____ Er du gift/samboende Bor alene Bor hos forældre

Objektivt:

Tandstatus. Har du stifttænder eller broer? Nej Ja

Vægt: _____ kg Højde: _____ cm

Dato:

Underskrift:

Oplysningerne gennemgået af læge: _____
(*Journalsskrivende læges underskrift*)