

Navn _____ Cpr. _____

Personlige oplysninger	
Tlf. Privat/Mobil:	E-mail:

Nærmeste pårørende		
Navn:	Tlf. :	Relation*:
Navn:	Tlf. :	Relation*:

*eks ægtefælle/samlever, barn, forælder, søskende, ven, nabo

Socialt		
Gift/samboende:	Bor alene:	Bor hos forældre:
Erhverv:		

Udveksling af sundhedsoplysninger		
Der må indhentes/gives oplysninger fra/til relevante sundhedspersoner	Ja	Nej
Der må indhentes/gives oplysninger til nærmeste pårørende	Ja	Nej
Udskrivningskort må sendes til egen læge eller henvisende speciallæge	Ja	Nej

MRSA status**		
Har du indenfor de sidste 6 mdr. været indlagt på udenlandsk sygehus/klinik?	Ja	Nej
Er eller har du tidligere været smittet med MRSA?	Ja	Nej
Har du inden for de sidste 6 mdr. haft kontakt med MRSA-smittet person?	Ja	Nej
Har du indenfor de sidste 6 måneder haft tæt kontakt med levende svin?	Ja	Nej

** Pt er disponeret ved ja til et af ovenstående spørgsmål

Blodtransfusion	
Ved behov accepterer jeg at modtage blodtransfusion (sæt kryds)	
Jeg vil under ingen omstændigheder modtage blodtransfusion (sæt kryds)	

Kost og motion			
Angiv din højde i cm:	Angiv din vægt i kg:		
Har du tabt dig ufrivilligt de sidste 3 mdr.?	Nej	Hvis ja, hvor mange kg?	
Har du særlige ønsker til kost under indlæggelse?	Nej	Hvis ja, hvilke behov?	
Dyrker du motion?	Nej	Hvis ja, hvor mange min dgl?	

Andre Rusmidler		
Har du et forbrug af andre vanedannende rusmidler (Hash, Heroin m.fl.)	Ja	Nej

Henvisningsårsag	
Beskriv kort det problem, der ført til henvisning til Gynækologisk Afdeling:	

Allergier		
Er du overfølsom (har du allergi)?	Nej	Ja overfor:
Tåler du penicillin?	Ja	Nej
Beskriv hvordan din krop reagerede		

Se venligst næste side

Navn _____ Cpr. _____

Arvelige sygdomme			
Er der arvelige sygdomme i familien?	Ja	Nej	Ved ikke
Hvis Ja skriv hvilke?			

Tidligere operationer/Indlæggelser/Sygdomme			
Årstal	Hospital	Sygdom	Senfølger

Oplysninger om menstruation			
Hvor gammel var, du da du fik din menstruation?			
Er dine menstruationer ophørt?	Ja	Nej	Fjernet livmoderen
Hvor gammel var du, da din menstruation ophørte?			

Blødningsmønster			
Såfremt du stadig har menstruationer beskriv blødningerne for de sidste 3 mdr.			
Måned	Fra-Til	Styrke (0-3)	Pletblødning= 0
			Svag = 1
			Moderat = 2
			Kraftig = 3

Tidligere graviditeter			
Har du været gravid tidligere?	Nej	Hvis ja, antal graviditeter:	
Antal fødsler:	Antal kejsersnit	Antal spontane aborter:	Antal provokerede aborter:

Hormonbehandling			
Har du taget p-piller?	Aldrig	Tidligere	Nuværende
Har du taget andre kvindelige hormoner?	Aldrig	Tidligere	Nuværende

Har du eller har du tidligere haft andre sygdomme			
	Ja	Nej	Hvis ja, beskriv din sygdom
Hjerte/kar			
Forhøjet blodtryk			
Blodprop			
Sukkersyge			
Lunge sygdom			
Astma			
Andre sygdomme			

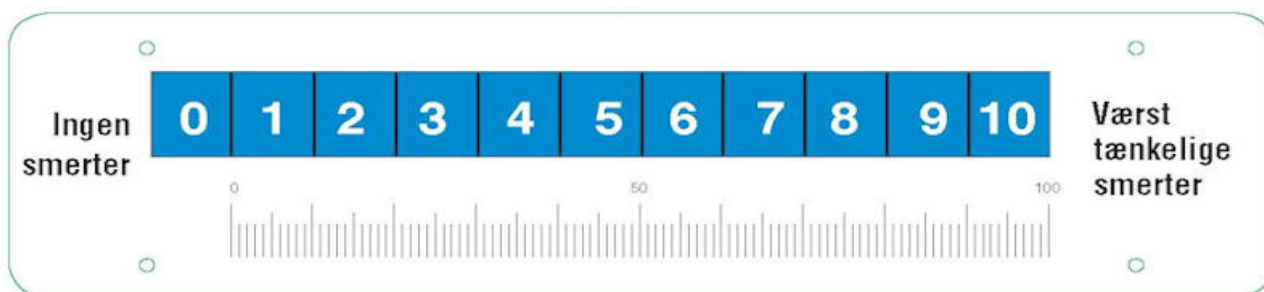
Se venligst næste side

Navn _____ Cpr. _____

Angiv din aktuelle Medicin*** (også forebyggende medicin, hormoner, p-piller og naturmedicin):		
Navn	Mod hvilken sygdom	Dosering

***Medbring gerne opdateret medicin liste

Smerter		
Har du smerter?	Ja	Nej
Hvis ja angiv hvor du har smerter?		
Angiv på nedenstående skala, hvor stærke dine smerter er		



Tobak			
Aldrig ryger	Ryger	Eksryger	
Antal per dag	Antal år	Antal røgfri år	
Type tobak:	Cigaretter	Cerutter	Cigarer

Alkohol	
Hvor mange genstande drikker du per uge:	