

# Limhamns KVINNOKLINIK

<b>Namn</b>		<b>Personnummer</b>	
<b>Ev partners namn</b>		<b>Personnummer</b>	
<b>Adress</b>		<b>Hemtelefon/mobiltelefon</b>	
<b>Civilstånd?</b> Gift <input type="checkbox"/> Sambo <input type="checkbox"/> Ensamstående <input type="checkbox"/>		<b>Är ni mantalsskrivna på samma adress?</b> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	
<b>Yrke/sysselsättning</b>		<b>Längd</b> cm	<b>Vikt</b> kg
<b>Rökning?</b> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Cigaretter/dag	<b>Snus?</b> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Dosor/vecka	<b>Alkohol?</b> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Gångar/vecka	<b>Droger?</b> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vilka?
<b>Finns det ärftliga sjukdomar i den närmaste familjen?</b> <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Om ja, vilka?			
<b>Har du några sjukdomar eller tidigare gått på läkarkontroll?</b> <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			
Blodpropp <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Buk- eller gynekologisk operation <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Blödningsbenägenhet <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Gynekologisk sjukdom <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Hjärt- eller lungsjukdom <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Njursjukdom <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Gulsot (hepatit) <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Depression (medicinskt behandlad) <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Diabetes <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Sköldkörtelsjukdom (ämnestsättning) <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
<b>Tar du några mediciner?</b> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja vilka?			
<b>Har du några allergier?</b> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja, mot vad?			
<b>Mensintervall?</b> (antal dagar från mensens första dag till nästa mens första dag)			
<b>Senaste mens?</b>	<b>Har du använt ägglossningstest?</b>	<b>Hur utföll testet?</b> Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/>	
<b>Är du behandlad för cellförändringar?</b> (Koniserad)			
<b>Har du haft några underlivsinfektioner?</b> <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, Om ja vilken <input type="checkbox"/> Klamydia <input type="checkbox"/> Gonorré <input type="checkbox"/> Annat			
<b>Har du tidigare genomgått någon barnlöshetsutredning, hormon- eller IVF-behandling?</b> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja, vid vilken klinik? När? Antal gånger?			
<b>Har du någon gång varit gravid?</b>			
Antal barn?		Födda år?	
Om ja, var graviditet och förlossning normal?			
<b>Sjukhusvårdad utomlands de senaste 6 månaderna?</b> <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			
<b>Hur fick du kännedom om vår klinik?</b> Rekommendation <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Annons <input type="checkbox"/> Annat <input type="checkbox"/>			
Har du något mer att berätta och som du tror skulle kunna vara av värde för oss?			