

Patient oplysningsskema for ENLIG forsørger

Oplysninger om dig:

Navn: _____

Din vægt: _____

CPR.nummer: _____

Din højde: _____

Din stilling: _____

Dit BMI: _____

Adresse: _____

Telefon (privat): _____

Telefon (Arbejde): _____

Mobiltelefon: _____

E-mail adresse: _____

Hvilket telefonnummer vil du gerne have vi kontakter dig på? _____

Oplysninger om dit generelle helbred:

Anvender du medicin? _____

Er du allergisk over for medicin, hvilket? _____

Anvender du naturmedicin? _____

Hvis ja, angiv navn og dosis: _____

Ryger du? _____

Hvis ja (antal pr. dag) _____

Lider du af kroniske sygdomme fx med Stofskiftet, sukkersyge eller psykiske lidelser)? _____

Hvor mange genstande drikker du i løbet af en uge? _____

Dyrker du motion? _____

Hvis ja, hvilken/hvilke? _____

Hvor mange timer per uge? _____

Psykiske lidelser:

Har du fået antidepressiv medicin? _____

Har du været eller er du i psykologisk behandling? _____

Hvis ja, for hvilken lidelse? _____

Hvis ja, af hvilken grund? _____

Har du været indlagt på en psykiatrisk afdeling? _____

Hvis ja, for hvilken lidelse, hvor og hvornår? _____

Tidligere graviditeter:

Har du født før? _____

Har du født normalt? _____

Eller ved kejsersnit? _____

Har du været tvillingegravid? _____

Har du aborteret ufrivilligt? _____

Har du haft en graviditet udenfor livmoderen? _____ Årstal? _____

Har du valgt at få en abort? _____

I hvilken svangerskabsuge? _____ Hvis ja, hvilket år? _____

Fik du en udskrabning eller en medicinsk abort? _____

Oplysninger om menstruationsforhold, underlivssygdomme og samliv:

Alder ved første menstruation: _____

Er din menstruation regelmæssig? _____

Hvor mange dage varer blødningen cirka (antal dage)? _____

Hvor mange dage er der fra start af en menstruation til den næste begynder (antal dage)? _____

Har du fået røntgenundersøgt livmoder og Æggeledere (HSU/HSG)? _____

Hvis ja hvornår? _____ På hvilket hospital/gynækolog/klinik? _____

Hvad var resultatet af undersøgelsen?

Har du menstruationssmerter?

Har du fået foretaget en underlivsoperation?

Hvis ja, hvornår og af hvilken årsag? _____

Lider du af øget behåring på krop og/eller kønsdele? _____

Har du haft underlivsbetændelse? _____ Og var du indlagt på sygehus? _____

Har du haft klamydia? _____

Er du behandlet for anden underlivssygdom?

Hvis ja, hvilken? _____

Har du fået foretaget regelmæssige celledrag (smear) fra livmoderhalsen? _____

Hvis ja, hvornår har du sidst fået foretaget dette (årstal)? _____

Har du haft celledragninger? _____

Hvis ja, har du fået foretaget et keglesnit? _____

Hvis ja, hvor og hvilket årstal? _____

Har du haft røde hunde (Rubella)? _____

Er du vaccineret mod røde hunde? _____

Er du vaccineret mod Corona-virus? _____

Har du eller får du psykologhjælp eller psykiatrisk behandling? _____

Må vi kontakte din behandler/tidligere behandler? Ja _____ Nej _____

Må egen læge få tilsendt udskrivningsbrev efter endt behandling? Ja _____ Nej _____

Dato og underskrift (Enlig forsørger):