

Patient oplysningsskema for lesbiske par

Oplysninger om den der skal føde barnet:

Navn: _____ Din vægt: _____
CPR-nummer: _____ Din højde: _____
Din stilling: _____ Dit BMI: _____
Adresse: _____
Mobiltelefon: _____
E-mail adresse: _____
Hvilket telefonnummer vil du/I gerne have vi kontakter dig på? _____

Oplysninger om dit generelle helbred:

Anvender du medicin? _____
Er du allergisk over for medicin, hvilket? _____
Anvender du naturmedicin, hvilket? _____
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 og din samlever/ægtefælle fællesbørn? _____
Bor jeres børn hos jer? _____
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 celledyr (smear) fra livmoderhalsen? _____

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

Har du haft celledyr? _____

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 fået eller får du psykologhjælp eller psykiatrisk behandling? _____

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

Hvis ja, hvem kan vi kontakte? _____

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

Dato og underskrift

Oplysninger om Medmor:

Navn: _____

CPR-nummer: _____

Din vægt: _____

Din højde: _____

Din stilling: _____

Adresse: _____

Mobiltelefon: _____

E-mail adresse: _____

Oplysninger om dit generelle helbred:

Anvender du medicin? _____

Anvender du antidepressiv medicin? _____ Hvis ja, navn og dosis: _____

Lider du af kroniske sygdomme (sukkersyge, stofskiftesygdomme)? _____

Ryger du? _____ Hvis ja, (antal pr. dag) _____

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

Har du eller får du psykologhjælp eller psykiatrisk behandling? _____

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

Hvis ja, hvem kan vi kontakte? _____

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

Dato og underskrift (Medmor)