

Gynekologisk hälsodeklaration

Namn:		Personnummer:	
Telefonnummer:		Mailadress:	
Civilstånd: Gift ☐ Partner ☐ Singel ☐			
Om du har en partner/är gift, hur länge har ni varit ett par?			
Yrke/sysselsättning:		Längd:	Vikt:
Vad önskar du hjälp med vid besök/varför söker du? (skriv kortfattat, ej mer än 200 tecken)			
Tidigare och/eller nuvarande sjukdomar enligt listan nedan: Nej ☐ Ja ☐ om ja, kryssa nedan, beskriv och skriv när diagnos sattes.			
Blodpropp	Nej / Ja	Lungsjukdom	Nej / Ja
Blödningsbenägenhet	Nej / Ja	Njursjukdom	Nej / Ja
Bukoperation	Nej / Ja	Reumatisk sjukdom	Nej / Ja
Diabetes	Nej / Ja	Sköldkörtelsjukdom	Nej / Ja
Psykiatrisk sjukdom/ depression (behandlad)	Nej / Ja	Underlivsinfektioner/ könssjukdomar	Nej / Ja
Gulsot/leversjukdom	Nej / Ja	Urinvägsinfektion	Nej / Ja
Gynekologisk sjukdom	Nej / Ja	Ärftliga sjukdomar	Nej / Ja
Gynekologisk operation	Nej / Ja	Annan allvarlig sjukdom	Nej / Ja
Hjärtsjukdom	Nej / Ja	Har du någon annan smittsam sjukdom (t.ex. HIV, Hepatit)	Nej / Ja
Tar du några mediciner: Nej ☐ Ja ☐ Om ja vilka: Vilka doser?:		Har du några allergier/läkemedelsöverkänslighet: Nej ☐ Ja ☐ , mot:	
Har du tidigare haft blodpropp? Nej ☐ Ja ☐			
Har du tagit blodförtunnande, ex i form av fragmin, trombyl, innohep, eliquis, xarelto, klexane? Nej ☐ Ja ☐			
Har du någon ärftlighet för blodpropp? Nej ☐ Ja ☐ I så fall vad?			
När tog du ditt senaste cellprov/cytologprov: År: Normalt: Nej ☐ Ja ☐			
Har du tidigare opererats för cellförändringar? Nej ☐ Ja ☐ , när?			
Om du har mens , vad är ditt mensintervall? (= antal dagar från mensens första dag till nästa mens första dag): Datum för senaste mens första dag:			
Använder du något hormonellt preventivmedel? p-piller ☐ p-stav ☐ p-spruta ☐ hormon/kopparspiral ☐		Om din mens har upphört , ange år för senaste mens: Är du i klimakteriet? Nej ☐ Ja ☐	
Har du tidigare tagit eller tar du idag några läkemedel eller andra preparat mot klimakteriebesvär? Nej ☐ Ja ☐			
Om ja, vilka? Om ja, när började du? Tar du fortfarande dessa läkemedel? Nej ☐ Ja ☐			
Om nej, när slutade du?			
Försöker du bli gravid? Nej ☐ Ja ☐		Är du eller kan du vara gravid? Nej ☐ Ja ☐	
Har du varit gravid någon gång?			
Totalt antal graviditeter:	Barn:	Missfall:	Utomkvedshavandeskap: Abort:
Om du har fått barn, vilket/vilka år föddes barnet/barnen?			
Hur föddes barnet/barnen? vaginal förlossning ☐ kejsarsnitt ☐ sugklocka ☐			
Var eventuell graviditet och förlossning normal? Nej ☐ Ja ☐			
Om nej, på vilket sätt?			
Har du genomgått någon barnlöshetsutredning, hormonbehandling eller IVF-behandling tidigare? Nej ☐ Ja ☐			
Om ja, på vilken klinik:		När:	Antal behandlingar:

Var god vänd, fortsättning på baksidan.

Nuvarande levnadsvanor:			
Rökning (nuvarande situation)	Nej Ja, _____ cigaretter/dag	Anabola steroider eller droger (nuvarande och tidigare)	Nej / Ja
Snus (nuvarande situation)	Nej Ja, _____ dosor/vecka	Har du de senaste 6 månaderna varit i en situation där det funnits risk för sexuellt överförd smitta eller blodsmitta?	Nej / Ja
Hur många sexualpartners har du haft det senaste halvåret?			
Har du de senaste 12 månaderna arbetat eller vårdats på sjukhus utomlands: Nej ☐ Ja ☐ Om ja, när och var:			
Har du de senaste 6 månaderna råkat ut för någon olyckshändelse av betydelse? Nej ☐ Ja ☐ , beskriv:			

Är det något annat du vill ta upp med oss vid besöket?
Hur fick du kännedom om vår klinik? Rekommendation ☐ Via annan klinik ☐ Sociala medier ☐ Google ☐ Annat ☐
☐ Jag samtycker till att kliniken får ta del av mina provsvar från annan vårdgivare.
Härmed intygar jag på heder och samvete att hälsodeklarationen är sanningsenligt ifylld och att inget är utelämnat (detta för att vi ska kunna ge dig bästa möjliga och säker vård).
Datum och namnteckning