

För önskemål om besök ber vi dig fylla i detta formulär. När du återsänt vårdbegäran till nedanstående adress kommer en läkare att bedöma den. Du får sedan besked per brev angående tid för ett eventuellt besök.

**OBS! Skicka in vårdbegäran för både kvinna resp man samtidigt till: Gynmottagningen, Skaraborgs Sjukhus Skövde, 541 85 Skövde.**

Namn	Personnr
Partner, namn	Partner, personnr
Gatuadress	
Postnummer och postadress	
Telefon bostad	Telefon mobil
Telefon arbete	
Partner, telefon arbete	Partner, telefon mobil
Hur länge har ni varit gifta/ sammanboende?	Hur länge har ni försökt få barn?
Har ni gemensamma barn? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Antal?	Har du tidigare genomgått infertilitetsutredning? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
	Var?
	När?
Längd	Vikt
Mensintervall (från 1:a blödningsdag till nästa mens 1:a dag)	Antal blödningsdagar
Har du varit gravid? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Antal barn <input type="checkbox"/> Aktuell relation <input type="checkbox"/> Annan relation
Missfall? När? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Aktuell relation <input type="checkbox"/> Annan relation
Utomkvedshavandeskap? När? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Aktuell relation <input type="checkbox"/> Annan relation
Legal abort? När? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Aktuell relation <input type="checkbox"/> Annan relation
Är du frisk? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om nej, kommentar:	
Har du haft någon gynekologisk sjukdom/infektion? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Vad:	
Är du opererad i buken? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Vad:	
Äter du några mediciner/naturläkemedel? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Vilket:	
Läkemedelsallergi <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Allergisk mot vad?
Övrigt	
Tolkbehov <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Teckenspråkstolk <input type="checkbox"/> Dövsblindtolk <input type="checkbox"/> Vuxendövtolk <input type="checkbox"/> Språktolk, språk:
Underskrift	
Ort och datum	Namn