VÄSTRA GÖTALANDSREGIONEN
SKARABORGS SJUKHUS

Egen vårdbegäran

Infertilitetsutredning - kvinna

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

OBS! Skicka in vårdbegäran för både kvinna respektiv 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: ❑ Ja ❑ Nej Antal?	Har du tidigare genomgått infertilitetsutredning? ❑ Ja ❑ Nej
	Var?
	När?
Längd: Vikt:	
Mensintervall (från 1:a blödningsdag till nästa mens 1:a dag)?	Antal blödningsdagar?
Har du varit gravid? ❑ Ja ❑ Nej	Antal barn ❑ Aktuell relation ❑ Annan relation
Missfall? ❑ Ja ❑ Nej När?	❑ Aktuell relation ❑ Annan relation
Utomkvedshavandeskap? ❑ Ja ❑ Nej När?	❑ Aktuell relation ❑ Annan relation
Legal abort? ❑ Ja ❑ Nej När?	❑ Aktuell relation ❑ Annan relation
Är du frisk? ❑ Ja ❑ Nej	Om nej, kommentar:
Har du haft någon gynekologisk sjukdom/infektion? ❑ Ja ❑ Nej	Vad:
Är du opererad i buken? ❑ Ja ❑ Nej	Vad:
Äter du några mediciner/naturläkemedel? ❑ Ja ❑ Nej	Vilket:
Läkemedelsallergi? ❑ Ja ❑ Nej	Allergisk mot vad?
Övrigt:	
Tolkbehov? ❑ Ja ❑ Nej	❑ Teckenspråkstolk ❑ Dövblindtolk ❑ Vuxendövtolk ❑ Språktolk, språk:
Underskrift Ort och datum	Namn