

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	
Har du gett upphov till någon graviditet? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Antal barn <input type="checkbox"/> Aktuell relation <input type="checkbox"/> Annan relation
Är du tidigare frisk? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om nej, kommentar:	
Är du genomgått någon operation? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Vilken typ av operation?	
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