

Vi på gynnottagningen vill bidra till en god och säker vård för dig. Därför ber vi dig att besvara nedanstående frågor inför ditt besök hos oss. Om något känns svårt att besvara så kan vi prata om det när du kommer.

<b>Dina personuppgifter</b>		Personnr: .....
Namn: .....	Telefonnummer: .....	
Adress: .....	Mobilnummer: .....	
Postadress: .....	E-postadress: .....	
Har du behov av tolk? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Hos vilken vårdcentral/närhälsa är du listad?	
Om ja, vilket språk? .....	.....	
<b>Närstående</b>		Namn: .....
Relation: .....	Adress: .....	
Postadress: .....	Telefonnummer: .....	

Medicinsk information	Nej	Ja	Kommentar
Hjärtsjukdom (t ex kärlkramp, hjärtsvikt, hjärtinfarkt, klaffel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Högt blodtryck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Blodpropp (t ex venös trombos, lungemboli)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Blodsjukdom (t ex ökad blödningsbenägenhet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cancersjukdom, vilken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Njursjukdom (t ex njursvikt, transplantation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Stroke, TIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Neurologisk sjukdom (t ex epilepsi, MS, Parkinson)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Lungsjukdom (t ex astma, KOL)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tarmsjukdom (t ex Mb Crohn, ulcerös colit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Leversjukdom (t ex pankreatit, gallbesvär)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Muskel- eller ledsjukdom (t ex nack-, ryggbesvär, diskbråck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Reumatisk sjukdom (t ex RA, SLE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Psykisk sjukdom (t ex depression, ångest)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Smittsam sjukdom (t ex hepatit, HIV, TBC, MRSA, ESBL)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Implantat (t ex pacemaker, venport, spikar, protes, titanskruv, piercing)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Annan sjukdom/funktionshinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Längd: ..... Vikt: .....

Röker du?  Nej  Ja

Orkar du gå två trappor utan att vila?  Nej  Ja

Vänd 

**Allergi/överkänslighet** mot läkemedel eller annat? .....  
(utslag/andningsbesvär/annan reaktion?) .....  
.....

Har du opererats tidigare?  Nej  Ja  
Om ja, ange vad och när (årtal) .....  
.....

Har du haft problem vid operation i samband med narkos eller bedövning?  Nej  Ja  
Om ja, vad? .....

Har du vårdats utomlands (läkarkontakt/tandvård)?  Nej  Ja  
Om ja, för vad och när/år? .....

**Gynekologisk hälso-/sjukhistoria**

Senaste mens (datum för första dag) ..... Om det var mer än ett år sedan, vilket år? .....

Graviditet (årtal): Vaginal förlossning ..... Kejsarsnitt .....

Missfall ..... Abort ..... Utomkvedshavandeskap .....

Har du preventivmedel?  Nej  Ja I så fall vad? .....

Har du haft cellförändringar  Nej  Ja

Har du tidigare haft andra gynbesvär?  Nej  Ja

Om ja, vad? .....

**Aktuell medicinering, alternativt ta med medicinlista**

Tabletter, ögondroppar, spray, inhalation, injektioner och naturpreparat.

	Läkemedelsnamn	Styrka	Dosering
Ex	Tabl Panodil	500 mg	1 – 2 x 4
1			
2			
3			
4			
5			

Är det något ytterligare du vill tillägga? .....  
.....  
.....

Datum: ..... Underskrift: .....

Tack för att du tagit dig tid att fylla i den här enkäten och kom ihåg att ta med den till ditt besök.