

→ Infertilitetsutredning

OPPLYSNINGER OM PERSONALIA OG EGEN HELSE

Vennlist fyll ut skjemaet og ta det med til timen ved gynekologisk poliklinikk.

Kvinnens navn: _____ Personnummer: _____

Adresse: _____

Postnummer: _____ Sted: _____

Yrke: _____

Tlf.jobb: _____ Privat: _____ Mobil: _____

Røyker Ja Nei Snuser Ja Nei Antall sigaretter/snus pr. dag: _____

Antall barn i nåværende forhold: _____ Antall barn i tidligere forhold: _____

Allergi: _____

Tidligere sykdommer (f.eks. underlivsbetennelser): _____

Tidligere operasjoner: _____

Faste medisiner: _____

fortsetter neste side

Regelmessige menstruasjoner Ja Nei

Ca. antall dager mellom menstruasjonene:

Vekt:

Høyde:

Mannens navn:

Personnummer:

Yrke:

Røyker Ja Nei

Snuser Ja Nei

Antall sigaretter/snus pr. dag:

Antall barn i nåværende forhold:

Antall barn i tidligere forhold:

Tidligere sykdommer:

Har du vært operert for brokk som barn? Ja Nei

Har du vært operert i testiklene/pungen? Ja Nei

Har du hatt kusma som barn? Ja Nei

Faste medisiner:

Vekt:

Høyde:

Hvor lenge har dere prøvd å få barn?

Når kontaktet dere helsevesenet første gang for ufrivillig barnløshet?

Vennlig hilsen

Gynekologiske avdelinger

Sykehuset Innlandet

Tlf. 915 06 200 | www.sykehuset-innlandet.no