

Frågeformulär inför ditt gynekologiska besök

Besöksdatum: _____ Personnummer: _____

Namn: _____

Längd: _____ Vikt: _____

Röker: Ja Nej

Tidigare och nuvarande sjukdomar och operationer:

Aktuella läkemedel:

Läkemedelsallergier:

Antal graviditeter: _____ Antal barn: _____

Vaginal förlossning: _____ Kejsarsnitt: _____

Antal missfall: _____ Antal aborter: _____

Datum för senaste menstruationen: _____

År för sista mens om du kommit in i klimakteriet: _____

Gynekologiska operationer: _____

Preventivmedel: _____

Ärftlighet för bröstcancer: Ja Nej

Ärftlighet för blodpropp: Ja Nej

Ärftlighet för hjärt-/kärlsjukdom: Ja Nej