

# Velkommen til Birkerød Gynækologisk Klinik

v/Marianne Aamann Jensen

Speciallæge i gynækologi og obstetrik

**Ved første konsultation** vil det være en stor hjælp for os, hvis du vil udfylde og medbringe nedenstående skema.

**Ved 1 år siden sidste konsultation** bedes skriftligt samtykke, medicinstatus og allergi felt udfyldt.

<b>Navn</b>		<b>Cpr.nr</b>	
Højde		Telefonnr.	
Vægt		E-mail	

**Jeg giver hermed tilladelse til**, at Klinikken må indhente/afsende journalnotater til egen læge/ henvisende læge, må tilgå laboratoriesvar, E-journal samt medicinkort på mine vegne (*sæt kryds i ja/nej samt påfør dato og underskrift*)

<b>JA</b> til samtykke		<b>NEJ</b> til samtykke	
Dato og underskrift:			

## Gynækologisk/Obstetrisk

Sidste menstruations første dag(dato):	Hvor tit bløder du?	Bløder du kraftigt?
Hvor mange dage bløder du?	Antal graviditeter:	Antal fødsler:
Prævention:	Heraf aborter:	Antal kejsersnit:
Celleprøve fra livmoderhalsen:	Hvornår sidst?	Kegleoperation?
Ved indtruffen overgangsalder Hvornår/alder?	Har du fået hormontilskud?	Hvis ja hvor længe/mdr./år?

### Tidligere sygdomme/operationer i underlivet

Sygdom	Årstal

### Medicinallergi

Præparat	Symptomer

### Tobak og Alkohol

Tobak om dagen	Genstande om ugen

### Kosttilskud

Kosttilskud	Styrke og antal

### Andre sygdomme

Jeg har /har haft	JA	NEJ	Forældre/søskende har/ har haft
MRSA			
Blodprop i ben			
Blodprop i hjerte eller hjerne			
Hjertesygdom			
Forhøjet blodtryk			
Astma			
Sukkersyge			
Stofskiftesygdom			
Brystkræft			
Æggestokskræft			
Tarmkræft			
Knogleskørhed			
Migræne			
Andre sygdomme			