

Namn _____

Personnummer _____

HÄLSODEKLARATION

Längd _____ Vikt _____

Allergi (ffa mot läkemedel) Ja (mot _____) Nej

Röker du? Ja Nej

Har du varit på sjukvårdsinrättning utomlands de senaste 6 månaderna? Ja Nej

Sjukdomar	Årtal
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Operationer	Årtal
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Läkemedel T.ex. Trombyl	Styrka T.ex. 75mg	Dos per dag T.ex. 1st

Om du är kvinna:

1. Antal graviditeter _____ Antal barn födda _____ Antal kejsarsnitt _____

2. Menstruerar du? Ja* Nej**

*När hade du sista mens _____

**När slutade du menstruera _____

3. Använder du preventivmedel – i så fall vilket? _____

4. Använder du östrogener i underlivet – i så fall vilken? _____