

Namn _____

Personnummer _____

Vad söker du för? Beskriv kortfattat

Sjukdomar

Årtal

Operationer

Årtal

Var?

Socialt: Yrke? _____ Fast partner? _____ Fritid/Motion? _____

Aktuell medicinlista (Viktigt att notera ev blodförtunnande läkemedel:

Längd _____

Vikt _____

Allergi (ffa mot läkemedel)

Ja (mot _____) Nej

Röker du?

Ja Nej

Är du bärare av multiresistenta bakterier?

Ja Nej

Om du är kvinna:

Antal graviditeter _____ Antal barn födda _____ Antal kejsarsnitt _____

Menstruerar du?

Ja*

Nej**

*När hade du senaste mens _____

**När slutade du menstruera _____

Är menstruationen regelbunden? _____ Hur ofta? _____

Använder du preventivmedel – i så fall vilket? _____

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