



INFORMATIONSSKEMA FOR KVINDELIGE PAR TIL INSEMINATIONSBEHANDLING

KVINDEN, DER SKAL VÆRE GRAVID:

Navn _____ CPR _____

Stilling _____

Oplysninger om dit generelle helbred:

Anvender du medicin? _____

Er du overfølsom eller allergisk over for medicin? _____

Ryger du? _____ Hvis ja (antal pr. dag) _____

Lider du af kroniske sygdomme fx med stofskiftet, sukkersyge eller blodtryk? _____

Hvor mange genstande drikker du i løbet af en uge? _____

Psykiske lidelser:

Har du fået antidepressiv medicin? _____

Har du været eller er du i psykologisk behandling? _____ Hvis ja, for hvilken lidelse?

Har du været indlagt på en psykiatrisk afdeling? _____ Hvis ja, for hvilken lidelse?

Gynækologisk:

Tidligere graviditeter: Har du og din samlever/ægtefælle fælles børn? _____

Bor jeres børn hos jer? _____

Har du født før? _____ Hvor mange gange? _____



Har du født normalt eller ved kejsersnit? _____

Har du aborteret ufrivilligt? _____ Har du valgt at få en abort? _____

Er din menstruation regelmæssig? _____ Hvor mange dage varer blødningen? _____

Hvor mange dage er der fra start af en menstruation til den næste begynder? _____

Har du fået undersøgt passagen i æggelederne (HSU/HSG)? _____ Hvis ja hvornår? _____

Hvad var resultatet af undersøgelsen? _____

Har du fået foretaget operationer i underlivet? _____

Har du nogensinde haft underlivsbetændelse (chlamydia, mycoplasma)? _____

Hvornår har du sidst fået foretaget et celledrag (smear) fra livmoderhalsen? _____

Har du haft røde hunde (Rubella)? _____ Er du vaccineret mod røde hunde? _____

Er du i familie med din partner? Ja _____ Nej _____

Tillader du, at vi sender lægebrev til din egen læge, hvad der er udført her i klinikken: JA NEJ

Tillader du, at vi indhenter oplysninger fra andre indlæggelser og behandlinger: JA NEJ

Tillader du, at der udveksles oplysninger mellem speciallægeklinikken og Vitanova: JA NEJ

Underskrift _____ Dato _____

KVINDEN, DER SKAL VÆRE MEDMOR:

Navn _____ CPR _____

Stilling _____

Oplysninger om dit generelle helbred:



Anvender du medicin? _____

Er du overfølsom eller allergisk over for medicin? _____

Ryger du? _____ Hvis ja (antal pr. dag) _____

Lider du af kroniske sygdomme fx med stofskiftet, sukkersyge eller blodtryk? _____

Hvor mange genstande drikker du i løbet af en uge? _____

Psykiske lidelser:

Har du fået antidepressiv medicin? _____

Tillader du, at vi sender lægebrev til din egen læge, hvad der er udført her i klinikken: JA NEJ

Tillader du, at vi indhenter oplysninger fra andre indlæggelser og behandlinger: JA NEJ

Tillader du, at der udveksles oplysninger mellem speciallægeklinikken og Vitanova: JA NEJ

Underskrift _____ Dato _____