



## 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 \_\_\_\_\_