

EGENREMISS TILL RMC/ GRAVIDITETSÖNSKAN – ENSAMSTÅENDE KVINNA

Pers.nr; _____

Namn; _____

Adress; _____

Hemtelefon; _____ Mobilnummer; _____

Tolkbehov Språk; _____

Personliga uppgifter;

Civilstånd; _____ Sedan; _____

Yrke; _____

Vikt; _____

Längd; _____ Rökare Icke-rökare

Tidigare och aktuella sjukdomar; _____

Aktuella mediciner; _____

Gynekologiska sjukdomar/operationer; _____

Menstruationsintervall (antal dagar mellan första mensdagen); _____

Regelbunden Oregelbunden Har inga blödningar Sista mens; _____

Senaste cellprovskontroll (månad/år); _____ Normalt Ej normalt

Upphov till graviditet (antal) _____ eller barn (antal) _____ (ålder på barnen) _____

i tidigare relation/er

Datum för graviditet/missfall _____

Missfall (antal): _____ Utomkvedshavandeskap(antal): _____ Förlossningar (antal): _____

Vid graviditetsönskan;

Graviditetsönskan sedan (månad/år); _____

Tidigare/påbörjade utredningar (bifoga journalkopior); _____

Tidigare utförd äggledarundersökning (bifoga kopia) _____

Tidigare inseminationer/IVF behandlingar som ensamstående/ i dåvarande relation (tidpunkt/antal/ort)

Datum; _____