

# Inskrivningsformulär

Namn: \_\_\_\_\_ Personnummer \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Mailadress: \_\_\_\_\_ Civilstånd: \_\_\_\_\_ Längd: \_\_\_\_\_ Vikt \_\_\_\_\_

Partner/Närmast anhörig. Namn och tel: \_\_\_\_\_

Datum för: Sista mens (första dag) \_\_\_\_\_ Positivt graviditetstest \_\_\_\_\_ Slutade med preventivmedel \_\_\_\_\_

Ev. läkemedel/vilka \_\_\_\_\_ dos \_\_\_\_\_ ev. kosttillskott \_\_\_\_\_

Allergi/Överkänslighet \_\_\_\_\_

## Tidigare graviditeter och förlossningar

År/Mån	Förlossning	Missfall	Abort	Kön	Födelsevikt	Gravvecka	Sjukhus

Pågående hälsoproblem	Kryssa	Tidigare hälsoproblem	Kryssa	Ärftlighet (Mor/far/syskon)	Kryssa
Upprepade urinvägsinfektioner		Upprepade urinvägsinfektioner		Högt blodtryck	
Epilepsi		Epilepsi		Blodpropp	
Gulsot		Gulsot		Missbildningar	
Tarmsjukdom		Graviditetsdiabetes		Diabetes	
Blodpropp		Blodpropp		Tvillingar	
Psykisk ohälsa		Psykisk ohälsa		Sköldkörtelsjukdom	
Gynekologisk sjukdom/operation		Gynekologisk sjukdom/operation		Adopterad	
Sköldkörtelsjukdom		Sköldkörtelsjukdom			
Lungsjukdom/astma		Lungsjukdom/astma			
Reumatisk sjukdom					
GBS bakterie i urinen				<b>Andra ingrepp</b>	
Diabetes				Bröstimplantat	
Kronisk njursjukdom				Bröstreduktion	
Hjärt-kärlsjukdom				Intimpiercing	
Högt blodtryck				Omskärelse	
Migrän					

Tobak & annat (kryssa)	Ja	Nej
Rökning: 3 mån före graviditet		
Rökning: vid inskrivning		
Snus: 3 mån före graviditet		
Snus: vid inskrivning		
Någon annan typ av drog		

Vill ni göra KUB-test	Ja	Nej
-----------------------	----	-----

## Vill ni:

Gå i föräldragrupp		Gå på föreläsningarna		Gå på Vänta barn igen-träff	
--------------------	--	-----------------------	--	-----------------------------	--

När tog du gynekologiskt cellprov senast?.....