

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				Andra ingrepp	
GBS bakterie i urinen				Bröstimplantat	
Diabetes				Bröstreduktion	
Kronisk njursjukdom				Intimpiercing	
Hjärt-kärlsjukdom				Omskärelse	
Högt blodtryck				Gastric bypass operation	
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?.....

Har du behov av att göra Klamydiatest?.....