

# 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

Om det har tagit längre tid än 1 år för dig att bli gravid, hur länge: \_\_\_\_\_

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

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		

<b>Vill ni:</b>	Göra KUB-test	Ja	Nej
-----------------	---------------	----	-----

<b>Vill ni:</b>	Gå i föräldragrupp	Ja	Nej
-----------------	--------------------	----	-----

<b>Vill ni:</b>	Gå Vänta barn igen-träff	Ja	Nej
-----------------	--------------------------	----	-----

(För de som har barn sen tidigare)

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

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

Din utbildningsbakgrund	Sätt kryss
Ingen eller kortare skolgång än 9 år	
Grundskola	
Gymnasium	
Högskola/universitet	

Född i vilket land: \_\_\_\_\_

Sysselsättning	Sätt kryss
Förvärvsarbete	
Arbetsökande	
Studerande	
Sjukskriven	
Föräldraledig	
Annat:	

Om du arbetar; vad är ditt yrke och hur många procent arbetar du?: \_\_\_\_\_

Hur skattar du själv din hälsa (både fysiskt & mentalt) under de tre senaste månaderna innan denna graviditet?	Sätt kryss på det som stämmer bäst
Mycket bra	
Bra	
Varken bra eller dåligt	
Dåligt	
Mycket dåligt	

Har du någon gång fått en blodtransfusion?	Ja	Nej
--	----	-----

Har du vaccinerat dig eller gjort någon röntgen sen du blev gravid?	Ja	Nej
---	----	-----

Har du vårdats på sjukhus/vårdcentral utomlands senaste halvåret?	Ja	Nej
---	----	-----