

Helseopplysningskjema kvinne

Navn:		Personnr:	
Sivilstand: Gift <input type="checkbox"/> Samboer <input type="checkbox"/> Enslig <input type="checkbox"/>			
Røyking: Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Hvor mye: Hvor lenge:		Snus: Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Hvor mye: Hvor lenge:	
		Alkohol: Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Hvor mye per uke:	
Høyde:cm Vekt:kg		Har du de siste 12 måneder arbeidet, vært innlagt eller behandlet på institusjon utenfor Norden? Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	

Tidligere og/eller nåværende sykdommer	Nei	Ja	År	Tidligere og/eller nåværende sykdommer:	Nei	Ja	År
Hjertelidelse				Bukoperasjon			
Høyt blodtrykk				Tarmsykdom			
Lungelidelse				Blødningssykdom			
Astma				Blodpropp			
Diabetes/sukkersyke				Epilepsi			
Hormonforstyrrelser, skjoldbruskkjertel, annet				Arvelige faktorer (f.eks. blodpropp, diabetes, kreft)			
Urinveisbetennelser				Reumatoid artritt/becherew			
Nyresykdom				Psykiske lidelser, anorrexia, bulimi annet			
Gynekologisk sykdom				Andre sykdommer			
Gynekologisk operasjon				Dersom du har krysset ja på noen av punktene overfor vennligst kommenter på baksiden av arket.			

Antall år ufrivillig barnløs:år, om aktuelt		
Tidligere graviditeter	Tidligere forhold, om aktuelt	Nåværende forhold, om aktuelt
Antall barn + kjønn og fødselsår:		
Antall spontane aborter og årstall:		
Antall søkt abort og årstall		
Gravid utenfor livmor og årstall		
Adoptert + kjønn og alder		
Dato siste 3 menstruasjoner:		
Tidligere hormonbehandling: Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Hvilken klinikk:		
Når:	Antall ganger:	
Tidligere IVF: Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Hvilken klinikk:		
Når:	Antall ganger:	
Når tok du celleprøve sist:	Normalt? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	
Tar du noen medisiner? Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Hvis ja; hvilke?		
Har du noen allergier: Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Mot hva?		
Overfølsomhet mot medisiner: Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Hvis ja; hvilke?		
Har du tidligere vært innblandet i barnevernssak: Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>		
Annet som vi bør vite om deg:		

Dato: Underskrift.....

Helseopplysningskjema kvinne

Navn:		Personnr:	
Sivilstand: Gift <input type="checkbox"/>		Samboer <input type="checkbox"/>	
Enslig <input type="checkbox"/>			
Røyking: Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Snus: Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Alkohol: Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
Hvor mye: Hvor lenge:	Hvor mye: Hvor lenge:	Hvor mye per uke:	
Høyde:cm Vekt:kg	Har du de siste 12 måneder arbeidet, vært innlagt eller behandlet på institusjon utenfor Norden? Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>		

Tidligere og/eller nåværende sykdommer	Nei	Ja	År	Tidligere og/eller nåværende sykdommer:	Nei	Ja	År
Hjertelidelse				Bukoperasjon			
Høyt blodtrykk				Tarmsykdom			
Lungelidelse				Blødningssykdom			
Astma				Blodpropp			
Diabetes/sukkersyke				Epilepsi			
Hormonforstyrrelser, skjoldbruskkjertel, annet				Arvelige faktorer (f.eks. blodpropp, diabetes, kreft)			
Urinveisbetennelser				Reumatoid artritt/becherew			
Nyresykdom				Psykiske lidelser, anorrexia, bulimi annet			
Gynekologisk sykdom				Andre sykdommer			
Gynekologisk operasjon				Dersom du har krysset ja på noen av punktene overfor vennligst kommenter på baksiden av arket.			

Antall år ufrivillig barnløs:år, om aktuelt		
Tidligere graviditeter	Tidligere forhold, om aktuelt	Nåværende forhold, om aktuelt
Antall barn + kjønn og fødselsår:		
Antall spontane aborter og årstall:		
Antall søkt abort og årstall		
Gravid utenfor livmor og årstall		
Adoptert + kjønn og alder		
Dato siste 3 menstruasjoner:		
Tidligere hormonbehandling: Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Hvilken klinikk:		
Når: Antall ganger:		
Tidligere IVF: Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Hvilken klinikk:		
Når: Antall ganger:		
Når tok du celleprøve sist:	Normalt? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	
Tar du noen medisiner? Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Hvis ja, hvilke?		
Har du noen allergier: Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Mot hva?		
Overfølsomhet mot medisiner: Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Hvis ja, hvilke?		
Har du tidligere vært innblandet i barnevernssak: Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>		
Annet som vi bør vite om deg:		

Dato: Underskrift.....

Personaliaskjema

Skriv tydelig, helst med BLOKKBOKSTAVER.

Kvinnen		Samboer/Ektefelle	
ETTERNAVN:		ETTERNAVN:	
FORNAVN/ MELLOMNAVN:		FORNAVN/ MELLOMNAVN:	
PERSONNUMMER		PERSONNUMMER:	
NASJONALITET: (Dersom du ikke har norsk personnummer)		NASJONALITET: (Dersom du ikke har norsk personnummer)	
ADRESSE:		ADRESSE:	
POSTNR/STED:		POSTNR/STED:	
TELEFON:		TELEFON:	
FASTLEGE:		FASTLEGE:	
LEGESENTER:		LEGESENTER:	
ADRESSE:		ADRESSE:	
POSTNR/STED:		POSTNR/STED:	
TLFNR LEGE:		TLFNR LEGE:	
KVINNENS YRKE:		PARTNERS YRKE:	

ARBEIDSGIVER KVINNEN (Nødvendig for evt sykemelding):
ADRESSE:
STILLINGSPROSENT, HVIS MINDRE ENN 100%: