

Spørgeskema Gyn Klinik Odense

I forbindelse med din planlagte undersøgelse hos os bedes du besvare/udfylde nedenstående spørgsmål og aflevere det til sekretæren.

Navn: _____ Cpr. _____

Må vi sende lægebrev til din egen læge, om hvad der er udført i klinikken? Ja Nej

Må vi kontakte dig via Digital Post? Ja Nej

Er du allergisk overfor visse typer medicin eller har du andre kendte allergier? Ja Nej

Hvis Ja, Hvilke(n) _____

Har du født? Ja Nej Hvor mange gange? _____ Kejsersnit? _____

Har du aborteret? Ja Nej _____

Bruger du prævention? Ja Nej Hvilken? _____

Har du tidligere haft underlivssygdomme? _____

Har du menstruationer? Ja Nej Sidste menstruations 1. dag _____

Har du, eller har du tidligere fået påvist MRSA (Multi Resistente Stafylokokker)? _____

Hvis ja, bedes du orientere os nærmere.

Må vi indhente oplysninger på relevante prøvesvar og behandlinger? Ja Nej

Venligst notér følgende: Kaldenavn _____, mobil tlf. nr.: _____

samt e-mail: _____