

Sanne Aaby Lorentzen
Speciallæge i gynækologi og obstetrik
Skt. Anne Plads 2-4, 4. sal
5000 Odense C
Tlf. 66 13 88 18

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

Navn: _____

CPR nr.: _____

Mobil nr. og E-mail adr.: _____

Tidligere underlivssygdomme/operationer: _____

Kroniske sygdomme: _____

Har du indenfor de seneste 6 mdr. været udsat for MRSA smitte? _____

Tager du dagligt nogen former for medicin? Hvilke?

Er du overfølsom overfor medicin, plaster, jod eller gummihandsker?

Har du født? Årstal, normale el. kejsersnit:

Har du aborteret? Spontan el. provokeret, årstal:

Hvornår startede din sidste menstruation: DATO: _____

Bløder du regelmæssigt? JA _____ NEJ _____

Er menstruationerne helt ophørt? Hvis ja, hvornår ca. ? Årstal _____

Er du HPV vaccineret (vaccine mod livmoderhalskræft)? JA _____ NEJ _____

Bruger du prævention? Hvis ja, hvilken?

Samtykke til at klinikken kan indhente relevante oplysninger Ja _____ Nej _____

Samtykke til at klinikken sender besked til din egen læge om hvad der er fundet og udført her i Klinikken Ja _____ Nej _____

TAK FOR HJÆLPEN ☺