

Fylles i inför nybesök

Besöksdatum _____

Namn _____ Personnr _____

Orsak till dagens besök: _____

Gynekologiska Frågor

Tidigare graviditeter: _____ Födda barn: _____ Missfall: _____ Abort: _____

Gynekologiska sjukdomar

Genitala Infektioner: _____

Gynekologiska operationer: _____

Preventivmedel: _____

Menopausålder (Om du passerat Klimakteriet): _____

Cytologprov taget senast? _____

Annan amnes

Tidigare andra sjukdomar/ operationer: _____

Aktuella läkemedel: _____

Allergi? _____

Övrigt: _____
