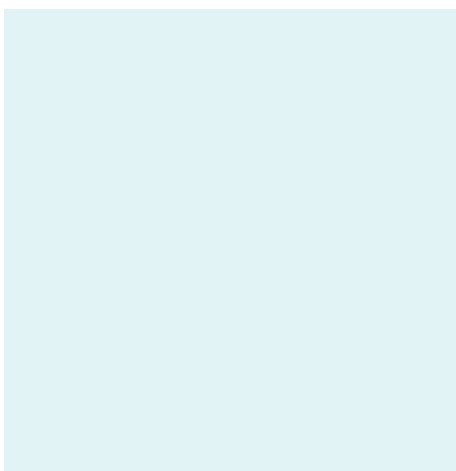
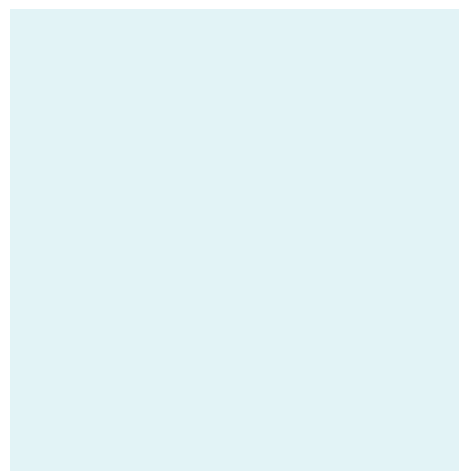


Bilder:

For kvalitetssikring og et mer personligere forhold ber vi om et bilde av dere begge.



Kvinnen



Partner

Opplysninger om kvinnen:

Navn: _____ Personnummer: _____

Adresse: _____ Postnummer: _____

Tlf. priv: _____ Tlf. jobb: _____ Mobil: _____

E-post: _____

Høyde: _____ cm Vekt: _____ kg

Aktivt barneønske siden: _____ år

Gift / samboende med nåværende partner siden: _____

Vi søker:

Utredning

Behandling

Tidligere prevensjon:

P-piller: fra _____ – til _____ (årstall)

Kopperspiral: fra _____ – til _____ (årstall)

Hormonspiral: fra _____ – til _____ (årstall)

P-sprøyte: fra _____ – til _____ (årstall)

Annet: fra _____ – til _____ (årstall)

Tidligere sykdom:

Røde hunder: årstall: _____

Klamydiainfeksjon: årstall: _____

Egglederbetennelse: årstall: _____

Endometriose: årstall: _____

Operert for graviditet utenfor livmoren: årstall: _____

Operert på livmorhalsen (celleforandringer): årstall: _____

Operert blindtarmsbetennelse: årstall: _____

Annen operasjon i magen: årstall: _____

Diabetes (sukkersyke): årstall: _____

Epilepsi: årstall: _____

Lavt stoffskifte (hypothyreose): årstall: _____

Nyresykdom: årstall: _____

Leversykdom: årstall: _____

Hepatitt C / Hepatitt B / HIV siden: årstall: _____

Tidligere blodpropp: årstall: _____

Annen relevant sykdom:

Tidligere graviditeter (antall):

Graviditeter til sammen: _____ stk

Graviditeter med nåværende partner: _____ stk

Antall fødsler til sammen: _____ stk

Antall barn med nåværende partner: _____ stk

Årstall for siste fødsel: _____ stk

Menstruasjonsyklus:

Alder ved første menstruasjon: _____ år

Sykluslengde: _____ dager
(dager fra første til neste første dag)

Varighet: _____ dager
(dager fra første til siste blødningsdag)

Allergier:

Medisiner som du er allergisk mot:

Andre allergier:

Faste medisiner kvinnen:

- Antiepileptika: type: _____ siden _____ årstall
- Antidiabetika: type: _____ siden _____ årstall
- Levaxin: _____ siden _____ årstall
- Antiallergika: type: _____ siden _____ årstall
- Andre medisiner: type: _____ siden _____ årstall

Opplysninger om partner:

Navn: _____ Personnummer: _____

Tlf. priv: _____ Tlf. jobb: _____ Mobil: _____

Tidligere sykdom:

- Klamydiainfeksjon: årstall: _____
- Diabetes (sukkersyke): årstall: _____
- Epilepsi: årstall: _____
- Lavt stoffskifte (hypothyreose): årstall: _____
- Nyresykdom: årstall: _____
- Leversykdom: årstall: _____
- Prostatitt (prostatainfeksjon) årstall: _____
- Operert for lyskebrokk: årstall: _____
- Operert ned testikler årstall: _____
- Ryggmargskade årstall: _____
- Hepatitt C / Hepatitt B / HIV siden: årstall: _____

- Annen relevant sykdom: _____

Tidligere forårsakede graviditeter:

- Graviditeter med annen partner: _____
- Antall barn til sammen: _____
- Årstall for siste fødsel: _____

Allergier:

- Medisiner som du er allergisk mot:

- Andre allergier:

Faste medisiner partner:

- Antiepileptika: type: _____ siden _____ årstall
- Antidiabetika: type: _____ siden _____ årstall
- Levaxin: _____ siden _____ årstall
- Antiallergika: type: _____ siden _____ årstall
- Andre medisiner: type: _____ siden _____ årstall

Opplysninger om begge:

Gjelder kun ved søknad om behandling

- Vi bekrefter at vi er gifte eller samboer i ekteskapslignende forhold.
(Bioteknologilovens kapittel 2, § 2-2)
- Vi bekrefter at det ikke har vært reist spørsmål om vår omsorgsevne for barn.
(Bioteknologilovens kapittel 2, § 2-6)

Livsstilsfaktorer:

RØYKING:

Kvinnen: ja nei antall sigaretter i snitt / dag: _____ stk

Partner: ja nei antall sigaretter i snitt / dag: _____ stk

ALKOHOL:

Kvinnen: ja nei antall enheter i snitt / uke _____ (glass vin / drinker / glass øl)

Partner: ja nei antall enheter i snitt / uke _____ (glass vin / drinker / glass øl)

Tidligere utredninger:

- Kvinnen er tidligere utredet ved annen lege / klinikk: _____ (årstall), _____ (klinikk)
- Partner er tidligere utredet ved annen lege / klinikk: _____ (årstall), _____ (klinikk)

I så fall, send oss kopi av utredningen, eller gi oss fullmakt til å innhente opplysninger fra legen / klinikken på vegne av dere.

Kvinnens fastlege:

Navn: _____

Legekantor: _____

Postadresse: _____

Partners fastlege:

Navn: _____

Legekantor: _____

Postadresse: _____

- Vi bekrefter at opplysninger gitt foran er fullstendige og korrekte:

sted

dato

Underskrift kvinne

Underskrift partner

Undersøkelse

Som en del av kvalitetssikringsarbeidet ved Medicus ønsker vi å kartlegge hvordan man blir oppmerksom på vår klinikk og hvorfor man velger oss til å hjelpe til med utredning og / eller behandling. Svarene vil bli lest, registrert og behandlet av en annen person enn de som deltar i behandlingen. Vi håper at undersøkelsen skal gjøre oss enda bedre i forhold til tilgjengelighet og forståelse av de forventninger vi står ovenfor.

Takk for hjelpen!

Dato: ____/____/____

Vi søker:

Utredning Behandling

Personalia:

Alder, kvinnen _____ år

Alder, partner _____ år

Postnummer : _____

Fylke:

Har dere vært til behandling ved offentlige eller private klinikker ved en tidligere anledning?

Ja Nei

Eventuelt hvilke(n):

1. Hvordan ble dere oppmerksom på tilbudet ved Medicus?

- Gjennom venner / bekjente
Gjerne spesifiser hvem: _____
- Gjennom fastlege
Gjerne spesifiser hvem: _____
- Gjennom gynekolog / spesialist
Gjerne spesifiser hvem: _____
- Gjennom avis / magasin
Gjerne spesifiser hvor: _____
- Gjennom internett
Gjerne spesifiser hvor: _____
- Andre kilder? _____
- _____

2. Slik kom vi i kontakt med Medicus:

- Henvist av fastlege
- Henvist av spesialist
- Tok selv direkte kontakt

3. Hvorfor valgte dere å søke utredning / behandling hos nettopp oss?
