

**Anamneseskema Kvinder ver.1.3**

Navn: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Cprnr. \_\_\_\_\_

Beskæftigelse: \_\_\_\_\_ Mobil nr. \_\_\_\_\_

Medicinske allergier: \_\_\_\_\_

Højde \_\_\_\_\_ cm

Vægt \_\_\_\_\_ kg

Rygning \_\_\_\_\_ stk./dag

Alkohol \_\_\_\_\_ genst./pr. uge

**Gynækologisk Historie**

Alder for første menstruation \_\_\_\_\_ år    Antal blødningsdage \_\_\_\_\_ dage

Antal dage mellem blødningerne (fra 1. dag til næste 1. dag) \_\_\_\_\_ dage

Alder for overgangsalder \_\_\_\_\_ år

HPV-vaccination: Ja/Nej

Smear/celleprøve \_\_\_\_\_ år

Mammografi \_\_\_\_\_ år

	Ja	Nej	Uddyb
<b>Unormal celleskrab</b>			
<b>Polypper</b>			
<b>Muskelknuder</b>			
<b>Cyster</b>			
<b>Endometriose</b>			
<b>Underlivsbetændelse</b>			
<b>Seksuelt overførte sygdomme</b>			<b>Klamydia, Gonore, Syfilis, Herpes, Kondylomer, Herpes, HIV (sæt ring om)</b>
<b>Barnløshed</b>			
<b>Gynækologisk kræft</b>			
<b>Er du seksuelt aktiv?</b>			
<b>Bruger du prævention nu?</b>			<b>Hvis ja, hvilken:</b>

**Anamneseskema Kvinder ver. 1. 3**
**Obstetrisk Historie**

Antal graviditeter \_\_\_\_\_ Antal fødsler \_\_\_\_\_

Spontane aborter \_\_\_\_\_ Provokerede aborter \_\_\_\_\_

Andet \_\_\_\_\_

Fødselsår	Fødselsuge (normalt uge 40)	Normal/Kejsersnit/Kop	Komplikationer

**Tidligere eller nuværende lidelser:**

	Ja	Nej		Ja	Nej
Forhøjet blodtryk			Blodsygdom		
Blodpropper			Epilepsi		
Migræne			Autoimmun sygdom/Hudsygdom/Gigt		
Forhøjet kolesterol			Kræft		
Stofskiftesygdom			Depression/Angst		

Hvis ja, venligst uddyb

---



---

**Medicin**

Tager du medicin nu? Hvis ja, hvilken og hvad for?

---



---

**Operationer**

Er du nogensinde blevet opereret i maven eller skeden? (f.eks kejsersnit, blindtarmen, galdeblæren, TVT eller andet)

---

**Anamneseskema Kvinder ver. 1. 3**
**Familiær historik**

Er der arvelige sygdomme i din nærmeste familie? (Blodslægtninge; børn, forældre, søskende, bedsteforældre, fastre, mostre og onkler)

	Ja	Nej	Hvis ja, hvem?
Forhøjet blodtryk			
Forhøjet kolesterol			
Slagtilfælde/blodprop			
Sukkersyge			
Stofskiftesygdom			
Osteoporose (Knogleskørhed)			
Blødersygdom			
Brystkræft			
Kræft i æggestokkene			
Kræft i tarmen			

**Samtykkeerklæring**

Undertegnede giver hermed tilladelse til, at Klinik Hedegaard må indhente oplysninger fra og videregive oplysninger til min egen læge, speciallæge eller sygehus vedrørende min diagnose, behandling og undersøgelsesresultater relevante for min behandling hos Klinik Hedegaard. Som dataansvarlig er Klinik Hedegaard forpligtet til at orientere dig om, at dine personlige helbredsoplysninger opbevares i mindst 10 år i klinikken. Du har ret til at se og få udleveret de oplysninger, der er registreret om dig. Du kan ligeledes bede om at få forkerte oplysninger rettet. Et samtykke til videregivelse af oplysninger kan trækkes tilbage. Dette skal dog ske skriftligt.

Jeg giver endvidere samtykke til, at Klinik Hedegaard må sende mig beskeder via e-boks.

Dato: \_\_\_\_\_ Underskrift: \_\_\_\_\_

**Medical History Form for Women ver.1.3**

Name: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Cpr-no: \_\_\_\_\_

Occupancy: \_\_\_\_\_ Phone no. \_\_\_\_\_

Medical allergies: \_\_\_\_\_

Height \_\_\_\_\_ cm

Weight \_\_\_\_\_ kg

Smoking \_\_\_\_\_ pcs. / day

Alcohol \_\_\_\_\_ units / pr. week

**Gynecological History**

Age at first menstruation \_\_\_\_\_ years      Number of bleeding days \_\_\_\_\_ days

Number of days between bleedings (from 1st day to next 1st day) \_\_\_\_\_ days

Age at menopause \_\_\_\_\_ years

HPV vaccination: Yes/No

Smear/cell sample \_\_\_\_\_ years

Mammography \_\_\_\_\_ years

	Yes	No	Explain
<b>Abnormal cell smear</b>			
<b>Polyps</b>			
<b>Muscle knots</b>			
<b>Cysts</b>			
<b>Endometriosis</b>			
<b>Pelvic inflammatory disease</b>			
<b>Sexually transmitted diseases</b>			<b>Chlamydia, Gonorrhea, Syphilis, Herpes, Condylomas, Herpes, HIV (circle one)</b>
<b>Infertility</b>			
<b>Gynecological cancer</b>			
<b>Are you sexually active?</b>			
<b>Are you currently using birth control?</b>			<b>If yes, which</b>

**Medical History Form for Women ver.1.3**
**Obstetric History**

Number of pregnancies \_\_\_\_\_ Number of births \_\_\_\_\_

Spontaneous abortions \_\_\_\_\_ Induced abortions \_\_\_\_\_

Other \_\_\_\_\_

Birth year	Birth Week <small>(normal week 40)</small>	Normal/Cesarean/Forceps	Complications

**Past or Current Diseases:**

	Yes	No		Yes	No
High blood pressure			Blood disease		
Blood clots			Epilepsy		
Migraine			Autoimmune disease/Skin disease/Gout		
High cholesterol			Cancer		
Metabolic disease			Depression/Anxiety		

If yes, please specify:

---



---

**Medicin**

Are you currently taking any medicine? If yes, which and for what?

---



---

**Operations**

Have you ever had surgery in the abdomen or elsewhere? (e.g., cesarean, hernia repair, gallbladder, TVT, or other)

---

**Medical History Form for Women ver.1.3**
**Family History**

Are there hereditary diseases in your immediate family? (Blood relations: children, parents, siblings, grandparents, aunts, and uncles)

	Yes	No	Hvis ja, hvem?
<b>High blood pressure</b>			
<b>High cholesterol</b>			
<b>Stroke/blood clot</b>			
<b>Diabetes</b>			
<b>Metabolic disease</b>			
<b>Osteoporosis (Bone thinning)</b>			
<b>Blood disorder</b>			
<b>Breast cancer</b>			
<b>Ovarian cancer</b>			
<b>Intestinal cancer</b>			

**Consent Form**

I, the undersigned, hereby grant permission for Klinik Hedegaard to obtain information from and disclose information to my own doctor, specialist, or hospital regarding my diagnosis, treatment, and test results relevant to my treatment at Klinik Hedegaard. As the data controller, Klinik Hedegaard is obliged to inform you that your personal health information is stored for at least 10 years at the clinic. You have the right to view and obtain the information registered about you. You may also request that incorrect information be corrected. Consent for the disclosure of information can be withdrawn. However, this must be done in writing.

I further consent to Klinik Hedegaard sending me messages via e-Boks.

Date: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_