Spørgeskema vedr. graviditet, side 1

Personnummer:

Navn :

Adresse :

Tlf.nr. : Tlf.nr. arbejde:

Sidste menstruation 1. dag:

Antal dage menstruation :

Antal dage fra 1. menstruation til næste 1. menstruation:

Vægt :

Højde :

Ønsket fødested (sæt kryds) : \_\_\_\_\_ Hjemme \_\_\_ Holbæk \_\_\_Slagelse

Nationalitet:

Civilstand (ugift/gift/separeret/fraskilt/enke):

Samboende (ja/nej):

Den gravides erhverv : Timer pr. uge:

Barnefars erhverv :

Barnefars navn : Cpr.nr. :

Har du allergi (ja/nej) Hvis JA, for hvad:

Kroniske sygdomme (sæt kryds)

Hjerte : Stofskifte :

Epilepsi : Luftveje :

Diabetes : Psykisk sygdom :

Herpes, kønsorganer: Hyppige blærebetændelser:

Tager du medicin :

Ryger du (ja/nej) : Antal pr. dag: Ophørsdato:

Alkoholforbrug under graviditeten (ja/nej): Antal genstande pr. uge:

Spørgeskema vedr. graviditet, side 2

Tidligere fødsler

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| År | Køn | Vægt | Fødested | Graviditetsforløb | Fødselsforløb/oplevelse | Er barnet rask |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Tidligere aborter

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| År | Provokeret i uge | Spontan i uge |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Ønsker du doubletest?

Ønsker du gennemskanning?

**Du bedes venligst udfylde og aflevere dette skema i Lægehuset senest en uge før tid til 1. undersøgelse.**