

**VENNLIGST FYLL UT FØLGENDE og lever i luken ved ankomst:**

NAVN: \_\_\_\_\_ YRKE: \_\_\_\_\_ Telefon nr. privat / mobil: \_\_\_\_\_

Fastlege: \_\_\_\_\_

Siste menstruasjons første dag: \_\_\_\_\_ Antall dager med blødning \_\_\_\_\_ Regelmessing? JA eller NEI

Antall graviditeter: \_\_\_\_\_ Antall barn født og deres fødselsår: \_\_\_\_\_

Høyde: \_\_\_\_\_ Vekt: \_\_\_\_\_ Prevensjon (p-piller eller spiral?): \_\_\_\_\_

Røyker du: \_\_\_\_\_ Snuser du: \_\_\_\_\_

Navn på medisiner du bruker hver dag: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Allergier (kun medisiner): \_\_\_\_\_

Andre sykdommer eller operasjoner (for eksempel høyt blodtrykk, astma, fjernet blindtarm osv.): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_