



MEDICUS
- et helseforetak

PASIENTOPPLYSNINGER



BILDER

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

OPPLYSNINGER OM KVINNEN

Navn: _____ Personnummer: _____

Adresse: _____ Postnummer: _____

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

E-post: _____

Høyde: _____ cm Vekt: _____ kg

Aktivt barneønske (har aktivt forsøkt å bli gravid) i: _____ 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 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

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: _____

MENSTRUASJONSSYKLUS:

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 MANNEN

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 MANNEN

- 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)

LIVSSTILSFÅKTORER:

RØYKING:

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

ALKOHOL:

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



TIDLIGERE UTREDNINGER:

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

Mannen 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: _____

MANNENS FASTLEGE:

Navn: _____

Legekantor: _____

Postadresse: _____

Vi bekrefter at opplysninger gitt foran er fullstendige og korrekte:

sted

dato

Underskrift kvinne

Underskrift mann



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, mannen _____ 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

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?
