

Inskrivningsmall

Vi är mycket tacksamma om du vill fylla i följande formulär och ta med till ditt första besök.

Du kan skriva ut din mall, fylla i frågorna och ta med till ditt inskrivningsbesök på Hönö. Glöm ej ta med giltig id-handling.

Personuppgifter

Personnummer _____

Namn _____

Telefonnummer/mobilnummer _____

Födelseland _____

Hemspråk _____

Nuvarande sysselsättning _____

Sysselsättningsgrad _____

Arbetsplats _____

Namn på partner/närmast anhörig _____

Relationsstatus _____

Telefonnummer till partner/närmast anhörig _____

Nuvarande sysselsättning _____

Arbetsplats _____

Allmänt

Datum för sista menstruationens första dag _____

Hur många dagar har du vanligtvis mellan dina menstruationer _____

Hur många dagar varar menstruationen _____

Datum för positiv graviditetstest _____

Datum då du slutat med preventivmedel _____

Längd _____

Är du informerad om

Biobankslagen? Ja Nej

Sammanhållen datajournal? Ja Nej

Fosterdiagnostik? Ja Nej

Social situation

Sammanboende med barnets andra förälder _____

Annan situation _____

Problematisk arbets- och/eller bostadsmiljö _____

Motionerar du _____

Motionsform _____

Kost (vegetarisk, vegan, annan) _____

Tidigare graviditeter och förlossningar

Försökt bli gravid antal år _____

Fått hjälp att bli gravid Ja Nej

Om ja, med vilken metod _____

Missfall

År och månad	Graviditetsvecka	Sjukhus	Åtgärd

Abort

År och månad	Graviditetsvecka	Sjukhus	Åtgärd

Förlossning

År och månad	Graviditetsvecka	Kön	Vikt	Sjukhus	Förlossningsförlopp	Barnet mår idag

Tidigare amningserfarenhet _____

Sjukdomar

Markera de sjukdomar du har eller haft

Hjärt-kärlsjukdom		Blodpropp	
Överviktskirurgi		Gulsot (hepatit)	
Gynekologisk sjukdom		Endokrina sjukdomar	
Urinvägsinfektion/njurbäckeninflammation		Lungsjukdomar eller astma	
Njursjukdom		Inflammatorisk tarmsjukdom	
Diabetes		Ledsjukdom	
Epilepsi		Högt blodtryck	
Ökad blödningsbenägenhet		Autoimmun sjukdom (SLE, MS, Celiaki, RA)	
Blodsjukdom (t ex thalassemi)		Känd smittsam sjukdom	

Kommentar _____

Läkemedelsallergi _____

Annan allergi _____

Har du tagit cellprov och i så fall när tog du senast Ja, år _____ Nej

Vilka läkemedel tar du nu _____

Har du blivit vaccinerad sedan du blev gravid Ja Nej

Har du tagit någon röntgen sedan du blev gravid Ja Nej

Har du blivit opererad/varit inlagd på sjukhus någon gång Ja Nej

Om ja, ange när och orsak _____

Har du fått vård utomlands under det senaste året Ja Nej

Har du fått blodtransfusion någon gång Ja Nej

Psykisk hälsohistoria

Markera de tillstånd du har eller haft

Allvarlig psykisk sjukdom (t ex psykos, bipolaritet, självmordsförsök)		Behandlad inom psykiatrisk öppen eller slutenvård	
Depression		Ångest/panik	
Självskadebeteende		Ätstörning	
Tvångssyndrom		Neuropsykiatrisk diagnos (ADHD, ADD, autismspektra)	
Allvarligt psykiskt sjukdomstillstånd i samband med tidigare graviditet/förlossning		Depression eller ångest i samband med tidigare graviditet och förlossning	

Kommentar _____

Ärftlighet

Är det någon släkting (föräldrar, syskon eller barn) som har eller haft någon av följande åkommor

Högt blodtryck		Blödarsjuka	
Diabetes		Blodpropp	
Allvarlig psykisk ohälsa i samband med barnafödande		Autoimmun sjukdom (t ex SLE, MS, RA, celiaki, B12-brist)	
Ämnesomsättningssjukdom		Missbildningar, ärftliga sjukdomar	
Havandeskapsförgiftning		Annat	

Kommentar _____

Graviditetsregistret

Vill du delta i Graviditetsregistret? Ja Nej

Om ja, var god besvara följande frågor

Utbildningsnivå

- Ingen eller skolgång kortare än 9 år
- Grundskola motsvarande
- Upptill gymnasiet eller motsvarande
- Universitet/högskola eller motsvarande

Självskattad hälsa

- Mycket bra
- Bra
- Varken bra eller dålig
- Ganska dålig
- Mycket dålig