

Heilsufarssaga fyrir komu á Livio Reykjavík (eyðublað A)

Nafn:				Kennitala:					
Nafn maka:				Kennitala:					
Netfang:			Farsími:						
Sambúð/gift: Gift <input checked="" type="checkbox"/>		Skráð sambúð <input checked="" type="checkbox"/>		Einhleyp <input checked="" type="checkbox"/>					
Starf:									
Reykingar/tóbak? Nei <input checked="" type="checkbox"/> Já <input checked="" type="checkbox"/> Hversu mikið?					Áfengi? Nei <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/>				
Hve lengi?:					Hversu mörg glöms á viku?:				
Hæð:				Þyngd:					
Fyrrverandi og/eða núverandi sjúkdómar.		Nei	Já	Ár	Fyrrverandi og/eða núverandi sjúkdómar.		Nei	Já	Ár
Sykursýki					Nýrnasjúkdómar				
Hjartasjúkdómar					Kviðaþgerðir				
Lungnasjúkdómar					Kvensjúkdómar				
Blóðstorkusjúkdómar					Aðgerðir vegna kvensjúkdóma				
Gigtarsjúkdómar					Kynsjúkdómar, t.d. klamydía				
Lifransjúkdómar					Þunglyndi sem þarfnast meðferðar				
Blóðtappi					Aðrir alvarlegir sjúkdómar:				
Tímalengd ófrjósemi (ár og mánuðir):									
Í núverandi sambandi									
Fjöldi þungana:		Börn:		Fósturlát:		Utanlegspunganir:		Þungunarrof:	
Í fyrri samböndum									
Fjöldi þungana:		Börn:		Fósturlát:		Utanlegspunganir:		Þungunarrof:	
Fjöldi daga frá fyrsta degi blæðinga til fyrsta dags næstu blæðinga:									
Dagsetning fyrsta dags síðustu blæðinga:									
Fyrri hormónameðferðir: Nei <input checked="" type="checkbox"/> Já <input checked="" type="checkbox"/> Hvaða klíník?:									
Hvenær?:		Hversu oft?:							
Fyrri glasafrjógungarmeðferðir: Nei <input checked="" type="checkbox"/> Já <input checked="" type="checkbox"/> Hvaða klíník:									
Hvenær?:		Fjöldi:							
Dagsetning síðasta leghálskrabbameinssýnis?:						Eðlilegt? Já <input checked="" type="checkbox"/> Nei <input checked="" type="checkbox"/>			
Tekurðu einhver lyf? Nei <input checked="" type="checkbox"/> Já <input checked="" type="checkbox"/> Hver?									
Ofnæmi fyrir einhverju? Nei <input checked="" type="checkbox"/> Já <input checked="" type="checkbox"/> Fyrir hverju?:									
Ofnæmi fyrir lyfjum? Nei <input checked="" type="checkbox"/> Já <input checked="" type="checkbox"/> Hverjum?:									
Annað sem við þurfum að vita um þig:									

Dags. _____

Undirskrift _____