

Spørgsmålene besvares efter bedste evne/skøn forud for 1. svangreundersøgelse

Navn:	Cpr.nr:
Sidste mens. første dag:	
Var blødningen som vanlig/kraftigere/svagere?	Svar:
Vægt før graviditet:	Højde:
Blærebetændelser (mere end 1) eller nyrebækkenbetændelse tidligere:	Svar:
Er du gift <input type="checkbox"/> - ugift <input type="checkbox"/> - fraskilt <input type="checkbox"/> - enke <input type="checkbox"/>	Er du samboende med barnets far <input type="checkbox"/> eller enlig <input type="checkbox"/>
Navn på barnets far:	Cpr.nr på barnets far:
Telefonnummer til barnets far:	Aborter (spontan/provokeret):
Tidligere graviditeter	
<p>Årstal: Køn:</p> <p>Fødselsvægt: Fødested:</p> <p>Hvordan oplevede du</p> <p>-Graviditetsforløb:</p> <p>-Fødselsforløb:</p> <p>Hvordan er barnets nuværende tilstand:</p>	<p>Årstal: Køn:</p> <p>Fødselsvægt: Fødested:</p> <p>Hvordan oplevede du</p> <p>-Graviditetsforløb:</p> <p>-Fødselsforløb:</p> <p>Hvordan er barnets nuværende tilstand:</p>
<p>Årstal: Køn:</p> <p>Fødselsvægt: Fødested:</p> <p>Hvordan oplevede du</p> <p>-Graviditetsforløb:</p> <p>-Fødselsforløb:</p> <p>Hvordan er barnets nuværende tilstand:</p>	<p>Årstal: Køn:</p> <p>Fødselsvægt: Fødested:</p> <p>Hvordan oplevede du</p> <p>-Graviditetsforløb:</p> <p>-Fødselsforløb:</p> <p>Hvordan er barnets nuværende tilstand:</p>
Har du været i fertilitetsbehandling?:	Hvis ja, hvilken?
Findes der arvelige sygdomme (inkl. sukkersyge indenfor nærmeste familie?):	Hvis ja, hvilke?
Den gravides arbejde:	Hvor mange timer:
Barnets fars arbejde:	Allergier (også far):
Har du nogle sygdomme?:	Tager du fast medicin? Hvis ja, hvad?:
Er du MFR vaccineret?:	Kost- og motionsvaner:
Ryger du?	Hvis ja, hvor meget dagligt?
Drikker du alkohol?	Hvis ja, hvor meget og hvor ofte?
Anvender du andre rusmidler inkl. hash?	Hvis ja, hvilke?