

Personnummer, navn og adresse		Lægens navn og adresse	
E-mail		E-mail	
Tlf. privat/mobil	Tlf. arbejde	Telefonnummer	

### Sociale oplysninger

Civilstand	Sæt x <input type="checkbox"/> Ugift <input type="checkbox"/> Gift <input type="checkbox"/> Separeret <input type="checkbox"/> Fraskilt <input type="checkbox"/> Enke					<input type="checkbox"/> Samboende	<input type="checkbox"/> Enlig	
	Barnefars navn					Personnummer		
Sprog	Behov for tolkebistand <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		Hvis ja, hvilket sprog			National oprindelse		
	Supplerende oplysninger (kan uddybes på side 2)							

### Tidligere fødsler

År	Lev.	Død	Køn	GA	Vægt	Fødested	Graviditetsforløb	Fødselsforløb	Fødselsoplevelse*	Puerper.	Barns nuv. tilstand

\*Fødselsoplevelse: god, neutral, dårlig

### Tidligere aborter

År	Prov.uge	Spon.uge	År	Prov.uge	Spon.uge	År	Prov.uge	Spon.uge	År	Prov.uge	Spon.uge

### Anamnese

Termins-beregning	Sidste mens. 1. dag	Cyklus	Termin	Evt. bemærkninger		
Fertilitets-behandling	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		Evt. bemærkninger			
Prænatal risiko-vurdering	Familiehistorie, herunder arvelige sygdomme					Konsangvinitet (fætter-kusine forhold) <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
	Ønskes 1. trimester scanning (uge 11-13) <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			Ønskes 2. trimester scanning (uge 18-20) <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
	Ønskes risikovurdering <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		Doubletest taget (uge 8+1-14+0) <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		Tripletest taget (uge 15+0-20+0) <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
Arbejds miljø-påvirkning	Den gravides arbejde		Timer pr. uge	Barnefars arbejde		
	<input type="checkbox"/> Ergonomisk <input type="checkbox"/> Kemisk	<input type="checkbox"/> Biologisk <input type="checkbox"/> Andet	Art og periode			
	Henvist til arbejdsmedicinsk klinik <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		Delvis fraværsmedling <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		Fraværsmedling <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	
Allergi	Den gravide allergisk over for					
	Barnet disponeret for allergisk sygdom <input type="checkbox"/> Ingen <input type="checkbox"/> Enkelt (forældre/søskende) <input type="checkbox"/> Dobbelt					
<input type="checkbox"/> Til den gravide <input type="checkbox"/> Til jordemodercentret <input type="checkbox"/> Til fødestedet <input type="checkbox"/> Til lægen						

**HUSK at sætte kryds**