



TINES KLINIK

v/ Tine Tetzschner
 speciallæge i gynækologi og obstetrik, Phd.
 Axeltorv 8, 5. sal., 1609 København V

VELKOMMEN I TINES KLINIK

Før konsultationen bedes du udfylde dette skema med diverse forhold af betydning for konsultationen.

Navn:		CPR nummer:			
E-mail:		Mobil nr:			
Foretrukken kontaktform		<input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> Telefon			
Må der sendes lægebrev til egen læge?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
Henvisningsårsag Beskriv kort årsagen til dit besøg					
Dato for sidste menstruations første dag		Menstruationscyklus		Antal blødningsdage	
Aktuelle prævention: sæt X	P-piller Navn	Kobberspiral: Hormonspiral: Oplagt: Navn:	Kondom:	Andet:	Ingen:
Tidligere gynækologiske sygdomme/lidelser. Herunder også operationer. Angiv årsag og lidelse					
Aborter:		Antal	Årstal	Graviditetsuge	
Medicinske aborter					
Kirurgiske aborter					
Spontane aborter					
Graviditet udenfor livmoderen					
Antal fødsler: Årstal	Graviditetsuge	Barnets vægt	Kompliceret graviditet eller fødsel	Vaginal fødsel	Kejsersnit
Medicin, styrke og antal					
Allergier					
Alkohol, antal genstande ugentlig					
Rygning, antal cigaretter dagligt					

Hospitalsophold		
Lidelse	Årstal	Behandling

Tidligere eller aktuelle sygdomme	Nej	Ja
Blodprop i benene (DVT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blodprop i hjerte eller hjerne (Emboli)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjertesygdomme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sukkersyge (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stofskiftesygdomme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kræft - angiv hvilken kræftform	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forhøjet blodtryk (Hypertension)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knogleskørhed (Osteoporosis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migræne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre sygdomme - hvis ja: anfør hvilken sygdom:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eventuelle operationer i underlivet: Angiv hvilken samt årstal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nærmeste fam. tilfælde af: Angiv hvem + alder for sygdomsdebut	Nej	Ja
Blodprop i benene (DVT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blodprop i hjerte eller hjerne (Emboli)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjertesygdomme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sukkersyge (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stofskiftesygdomme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kræft - angiv hvilken kræftform	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forhøjet blodtryk (Hypertension)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knogleskørhed (Osteoporosis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre sygdomme - hvis ja: anfør hvilken sygdom:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Din Højde	
Din Vægt	

Prøvesvar gives efter aftale via www.laegekontakt.dk eller telefonisk. Udeblivelse fra konsultation uden rettidigt afbud påregnes et gebyr på kr. 250,-/500,-. Vedr. vores privatlivspolitik, henvises til vores hjemmeside www.tinesklinik.dk samt materiale i klinikken.

Undertegnede giver hermed tilladelse til, at speciallæge Tine Tetzschner, må videregive oplysning om diagnose, behandling og resultater i forbindelse med behandling i klinikken til egen læge, speciallæge og/eller sygehus. Desuden gives tilladelse til, at der kan rekvireres journaloplysninger, udskrivningsbreve og prøveresultater fra egen læge, speciallæge eller sygehus, hvis det er relevant for din behandling. Tilladelsen gælder kun i forbindelse med forløbet som du er henvist for, og kan til enhver tid trækkes tilbage.

Underskrift: _____