

Spørgeskema til 1. graviditetsundersøgelse:

Navn:						
Cpr.nr:						
Adresse:						
Tlf privat /mobil:						
Tlf arbejde:						
Civil stand:	gift	separeret	fraskilt	enke	samboende	enlig
Barnets far:						
Behov for tolk:						
Cpr nr:						

Tidligere fødsler:

År:	Køn:	Vægt:	Fødested	Grav-forløb	Fødselsforløb	Oplevelse:

Ekstra bemærkninger til graviditets- og fødselsforløb:

Tidligere aborter:

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

Sidste menstruations 1. dag:		Dage ml. hver menstruation:	
Fertilitets beh:	Ja:	Nej:	

Er der sygdomme i barnefaders eller moders familie?

Hvis ja, hvilke:			
Barnefars arbejde:			
Barnemors arbejde:		Timer/uge:	
Belastende arbejdsforhold:			

Barne mor:	Allergi:	Ja:	Nej:
Barne far:	Allergi:	Ja:	Nej:
Allergi andre søskende:	Ja:	Nej:	

Barnemor:	Herpes genitalis:	Ja:	Nej:
Barne far:	Herpes genitalis:	Ja:	Nej:

Kroniske sygdomme hos barnemoder: sæt x

Kredsløb:	Luftveje:	Stofskifte:	Sukkersyge:	Epilepsi:	Psykisk sygdom:	Urinvejsinfektioner:
Får du medicin?	Ja:	Nej:				
Hvis ja, hvilken:						
MFR vaccinations-status:	Vaccineret:	Ikke vaccineret:	ukendt:			
Har du tidligere været indlagt på sygehuset?						
Hvorfor?						
Ryger du?	Ja:	Nej:	Antal cigaretter:			
Alkohol antal genstande/uge						
Tager du andre rusmidler?	Ja:	Nej:				
Før graviditetsvægt:						
Højde:						
Ønsket fødested:						
Ønsket jordemoder sted og evt jordemoder:						