

Spørgsmål om menstruationsforhold,  
graviditeter, fødsler og hormoner (fortsat)

B

6. Har du været gravid  Ja  Nej  
hvis ja, årstal for 1. graviditet      
hvor mange aborter har du haft    
hvor mange børn har du født
7. årstal for 1. fødsel      
har du ammet  Ja  Nej
8. Tidligere operation for svulst på æggestok  Ja  Nej  
hvis ja, årstal for 1. behandling      
hvilket hospital .....

9. Tidligere operation i underlivet
- Fjernelse af æggestok(ke)  Ja  Nej  
hvis ja, årstal for 1. behandling      
 kun den ene er fjernet  begge er fjernet
- Fjernelse af livmoderen  Ja  Nej  
hvis ja, årstal for 1. behandling      
årsag  blødningsforstyrrelser  andet

Kommentar

.....  
.....  
.....  
.....

*Spørgsmål*  
om tidligere brystlidelser,  
menstruationsforhold,  
graviditeter, fødsler og hormoner

Returneres til:

Udfyldt af: Navn .....

Personnummer       -

## Spørgsmål om tidligere brystlidelser og brystundersøgelser

- Er du tidligere blevet opereret i eller har fået taget prøver fra brysterne  Ja  Nej  
 hvis ja, årstal for 1. operation     
 hvilket bryst  højre  venstre  
 hvor mange gange i alt    
 hvorfor .....  
 af hvem .....
- Har du haft brystbetændelse  Ja  Nej  
 hvis ja, årstal for 1. behandling     
 hvilket bryst  højre  venstre  
 hvor mange gange i alt    
 hvorfor .....  
 af hvem .....
- Har du smerte eller ubehag i brysterne  Ja  Nej  
 hvis ja, beskriv .....  
 hvilket bryst  højre  venstre  
 hvornår  inden menstruation  altid
- Har du tidligere fået foretaget mammografi  Ja  Nej  
 hvis ja, årstal for 1. mammografi     
 hvilket bryst  højre  venstre  
 hvor mange gange i alt    
 hvorfor .....  
 af hvem .....

## Spørgsmål om menstruationsforhold, graviditeter, fødsler og hormoner

- Hvornår begyndte dine menstruationer  
 dato:         husker ikke  
 dag måned år
- Menstruerer du forsat  Ja  Nej  
 sidste menstruation:         
 dag måned år
- Bruger du eller har du brugt P-piller  Ja  Nej  
 hvis ja, antal måneder totalt     
 hvornår fra     til      
 (årstal) fra     til      
 fra     til      
 dato for sidste brug         
 dag måned år
- Bruger du eller har du brugt kvindelige hormoner (ud over evt. P-piller)  Ja  Nej  
 hvis ja, antal måneder totalt     
 hvornår fra     til      
 (årstal) fra     til      
 fra     til      
 dato for sidste brug         
 dag måned år
- Har du været behandlet for barnløshed  Ja  Nej  
 hvis ja, årstal for 1. behandling     
 medicinsk behandling  Ja  Nej  
 kirurgisk behandling  Ja  Nej  
 hvor blev du behandlet .....