

Navn – CPR-nr.  <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <span style="font-size: 10px;">-</span> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <span style="font-size: 10px;">-</span> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> <span style="font-size: 10px;">-</span> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 2px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: 8px; margin-top: 2px;"> <span>Dag</span> <span>Måned</span> <span>År</span> <span>Lbnr</span> </div>	Sygehus, afd.
---	---------------

**Udfyldes af patienten:**

Har du været gravid?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Hvis ja, antal graviditeter	<input style="width: 40px;" type="text"/>	
Dato for børns fødsel	Dag – Måned – År	
	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
Har du fortsat menstruationer?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Hvis ja, har du regelmæssig menstruation?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Dato for sidste menstruation	Dag – Måned – År	
	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	
Hvis du ikke har menstruation, hvornår gik du i overgangsalder?		<input style="width: 40px;" type="text"/> Årstal
Hvor gammel var du, da du fik menstruation første gang?		<input style="width: 40px;" type="text"/> Alder (år)
Tager du P-piller?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Hvis ja, hvor længe har du da gjort det?		<input style="width: 40px;" type="text"/> Antal år
Har du tidligere taget P-piller?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Hvis ja, hvor længe i alt? Hvornår holdt du op?	<input style="width: 40px;" type="text"/> Antal år	<input style="width: 40px;" type="text"/> Årstal
Tager du hormoner?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Hvis ja, hvor længe har du da gjort det?		<input style="width: 40px;" type="text"/> Antal år
Har du tidligere taget hormoner?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Hvis ja, hvor længe i alt? Hvornår holdt du op?	<input style="width: 40px;" type="text"/> Antal år	<input style="width: 40px;" type="text"/> Årstal
Er der nogen i din familie, der har haft brystkræft?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Hvis ja, oplys hvem samt fødselsdato (Dag – Måned – År)	<input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
1=mor, 2=søster, 3=moster, 4=faster, 5=mormor, 6=farmor, 7=mand i familien 8=datter (andre slægtninge skal ikke registreres)	<input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
Ryger du til daglig?	<input type="checkbox"/> Ja <input style="width: 40px;" type="text"/> Stk. daglig	<input type="checkbox"/> Nej
Hvis ja, hvor længe har du røget?		<input style="width: 40px;" type="text"/> Antal år
Har du tidligere røget regelmæssigt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Hvis ja, hvor længe i alt? Hvornår holdt du op med at ryge?	<input style="width: 40px;" type="text"/> Antal år	<input style="width: 40px;" type="text"/> Årstal
Forbrug øl, vin eller spiritus?	<input style="width: 40px;" type="text"/> Genstande/uge	

<p><b>Vejledning:</b> Skemaet udfyldes ved kirurgisk afdeling og indtastes via DBCG's on-line web-system</p> <p style="text-align: center;"><b>www.dbcg.dk</b></p>	Dato <input style="width: 100px;" type="text"/>  _____ Signatur
--	--