

Navn – CPR-nr. <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="margin: 0 5px;">-</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="margin: 0 5px;">-</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small; margin-top: 5px;"> Dag Måned År Lbnr </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"/>
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"/> <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: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> Alder (år)
Tager du P-piller?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Hvis du tager P-piller/hormoner, hvor længe har du da gjort det?		<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> Antal år
Har du tidligere taget P-piller?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
	Årstal fra - til	<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 tidligere taget hormoner?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
	Årstal fra - til	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
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 type="checkbox"/> - <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 type="checkbox"/> - <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	<input type="checkbox"/> - <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 type="checkbox"/> - <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: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nej
	Stk. daglig	
Har du tidligere røget regelmæssigt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Hvornår holdt du op med at ryge?		<input style="width: 40px;" type="text"/> Årstal
Forbrug øl, vin eller spiritus?	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	Genstande/uge

<p>Vejledning: Skemaet udfyldes ved kirurgisk afdeling og sendes eller faxes til: DBCG, afsnit 2501, Rigshospitalet, Blegdamsvej 9, 2100 København Ø. Tlf. 35 38 65 30. Fax 35 26 35 25.</p>	Dato <input style="width: 100px;" type="text"/> _____ Signatur
---	--