

KLINIK, AVD/MOTT		Namn och Personnummer	
TILL: UNIVERSITETSSJUKHUSET VO Laboratoriemedicin Klinisk patologi och genetik 701 85 ÖREBRO			
TFN: 019-602 13 40 FAX: 019-602 10 35			
Hälsodeklaration			
Telefonnummer		_____	
Är du gravid?	Ja* ☐	Nej ☐	
* Vilken vecka?	_____		
Har du passerat klimakteriet? (ej haft mens senaste 12 månaderna)	Ja ☐	Nej ☐	
Senaste mens första dag?	_____		
Minns ej. Har du blött från slidan de sista 14 dagarna?	Ja ☐	Nej ☐	
Har du fött barn senaste året?	Ja* ☐	Nej ☐	
* Förlossningsdatum?	_____		
Har du pågående hormonbehandling? (alla hormonella preventivmedel inkl. hormonspiral, klimakteriebehandling, även kräm)	Ja ☐	Nej ☐	
Använder du spiral? (koppar-, hormonspiral)	Ja ☐	Nej ☐	
Vaccination			
Sker vaccination vid detta besök?	Ja ☐	Nej ☐	
Remiss			
Provtagare (signatur)	_____		
Provtagningsdatum	_____		
Provet är taget som	Tvåportionsprov ☐	Enportionsprov ☐	



Region Örebro län

VO laboratoriemedicin
Klinisk patologi och genetik

Komihåg att etikettera burk!

För Provtagningsanvisningar se: <https://provtagningsanvisningar.regionorebrolan.se/>För biobanksinformation se: <https://biobanksverige.se/>