Reproduktionsmedicin

Datum 2020-02-07
Checklistablankett 10859-8

Hälsodeklaration, kvinnlig partner

Namn		Personnummer
telefon bostad	telefon arbete	telefon mobil
Var är du född?	Har du varit bosatt utomlands?	
Etniskt ursprung. Var härstammar du från?		
Yrke/sysselsättning		
Partnerns namn och personnummer		
Är du och din partner folkbokförda på samma adress? Nej ☐ Ja ☐ Hur länge har ni varit ett par?		
Civilstånd Gift Nej ☐ Ja ☐	Sambo Nej ☐ Ja ☐	
Hur länge har ni önskat få barn tillsammans?		
Har ni några gemensamma graviditeter? Nej ☐ Ja ☐ Om ja, hur många?		
Graviditet i annan relation? Nej ☐ Ja ☐ Om ja, hur många?		
Har du tidigare genomgått någon barnlöshetsutredning eller IVF? Nej ☐ Ja ☐ Om ja, när och var?		
Sjukhusvårdad utomlands de senaste 6 månaderna? Nej ☐ Ja ☐ Om ja, hur länge och för vad?		
Har du råkat ut för någon olyckshändelse av betydelse? Nej ☐ Ja ☐ Om ja, vad?		
Din längd	Din vikt	

Egen hälsohistoria

Har du någon nuvarande sjukdom eller pågående behandling? Nej ☐ Ja ☐ Om ja, vilka? Har du haft blodpropp? Nej ☐ Ja ☐	
Har du någon (haft) medfödd sjukdom eller funktionshinder? Nej ☐ Ja ☐ Om ja, vilka?	
Har du någon ärftlig sjukdom? Nej ☐ Ja ☐ Om ja, vilka?	
Tar du några mediciner? Nej ☐ Ja ☐ Om ja vilka?	
Har du några allergier? Nej ☐ Ja ☐ Om ja, mot vad?	Har du läkemedelsöverkänslighet Nej ☐ Ja ☐ Om ja, mot vad?
Psykisk eller neurologisk sjukdom? Nej ☐ Ja ☐ Om ja, vilken/vilka?	

Är du vaccinerad mot:	Påssjuka	Nej ☐ .Ja ☐	
	Hepatit B	Nej ☐ Ja ☐	
Annan vaccination senaste halvåret?		Nej ☐ Ja ☐	Om ja, mot vad?

Rökning?	Snus?	Alkohol?	Anabola steroider?
Nej ☐ Ja ☐	Nej ☐ Ja ☐	Nej ☐ Ja ☐	Nej ☐ Ja ☐Vilka?
Cigaretter/dag	Dosor/vecka	Gånger/vecka	

Har du någon gång använt narkotika/droger? Nej ☐ Ja ☐Vilka?

Har du senast tre månaderna skaffat tatuering, piercing eller fått akupunktur? Nej ☐ Ja ☐	Har du senast tre månaderna fått blodtransfusion? Nej ☐ Ja ☐

Har du något mer som du vill berätta som du tror är av värde för oss?

Fylls i när partner ska ta emot donerade ägg eller spermier

Ögonfärg …… Hårfärg……
Har ni egen donator? Nej ☐ Ja ☐

Genom min underskrift intygar jag att:

- den information jag har lämnat är sanningsenlig
- jag har fått möjlighet att ställa frågor och jag har fått svar på mina frågor
- jag samtycker till att kliniken får ta del av mina journaler (även spärrade)

Datum	Namnteckning

Ta med denna hälsodeklaration till nybesöket. Tack!

Denna hälsodeklaration kommer att skannas in i din journal.