

Reproduktionsmedicin

Hälsodeklaration		
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		
Har du en partner? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja		
Namn och personnummer?		
Hur länge har ni varit ett par?		
Har ni några gemensamma graviditeter? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja, hur många?		
Graviditet i annan relation? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja, hur många?		
Civilstånd		
Gift Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Sambo	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Har du tidigare genomgått någon barnlöshetsutredning eller IVF? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja, när och var?		
Har du fött barn?		Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Sjukhusvårdad utomlands de senaste 6 månaderna?		Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja, hur länge och för vad?
Har du råkat ut för någon olyckshändelse av betydelse? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja, vad?		
Din längd		Din vikt
Egen hälsohistoria		
Har du någon nuvarande sjukdom eller pågående behandling? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja, vilka?		
Har du haft blodpropp? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>		
Har du någon (haft) medfödd sjukdom eller funktionshinder? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja, vilka?		
Har du någon ärftlig sjukdom? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja, vilka?		
Tar du några mediciner? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja vilka?		
Har du några allergier? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja, mot vad?		Har du läkemedelsöverkänslighet Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja, mot vad?

Psykisk eller neurologisk sjukdom? Om ja, vilken/vilka?		Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
Har du haft några infektioner? Om ja, vilken/vilka?		Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
Har du genomgått någon operation? Om ja, när och var?		Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
Är du vaccinerad mot:		Påssjuka	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Annan vaccination senaste halvåret?		Hepatit B	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
			Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Om ja, mot vad?			
Rökning? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Cigaretter/dag	Snus? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Dosor/vecka	Alkohol? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Gångner/vecka	Anabola steroider? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vilka?
Har du någon gång använt narkotika/droger? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vilka?			
Har du senast tre månaderna skaffat tatuering, piercing eller fått akupunktur? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>		Har du senast tre månaderna fått blodtransfusion? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
Har du något mer som du vill berätta som du tror är av värde för oss?			
<p>Genom min underskrift intygar jag att:</p> <ul style="list-style-type: none"> • den information jag har lämnat är sanningsenlig • jag har förstått att smitta och sjukdom kan överföras till mottagaren och eventuella barn • 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.