

## Hälsodeklaration

Namn	Yrke/sysselsättning
Personnummer	Civilstånd <input type="checkbox"/> Gift <input type="checkbox"/> Sambo <input type="checkbox"/> Självstående
Mobilnummer	Längd relation/självstående
Adress	Land jag är född i:
	Längd
E-mail	Vikt

Tidigare/nuvarande sjukdomar	Nej	Ja	År	Tidigare/nuvarande sjukdomar	Nej	Ja	År
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Gynekologisk sjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hjärtsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Gynekologisk operation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lungsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Underlivsoperation (t.ex. pungbräck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Blödningsbenägenhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Depression (medicinskt behandlad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Reumatisk sjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Psykiatrisk sjukdom/vård	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gulsot/hepatit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Annan allvarlig sjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Blodpropp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Annan operation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sjukdomar/operationer i urinvägar/njurar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Icke-medicinska ingrepp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Har du någon gång råkat ut för någon olyckshändelse som krävt sjukhusvård?  Nej  Ja

Har du vårdats eller utfört vårdarbete utomlands?  Nej  Ja

Längre vistelse i annat land?  Nej  Ja

Sjukdomar, allergier mm	Nej	Ja	Om ja, vad/vilka?
Allvarliga/kroniska sjukdomar i nära familj?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tar du några mediciner?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Allergi mot läkemedel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Annan allergi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Vaccinationer utanför vaccinationsprogrammet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Vanor	Nej	Ja	Hur länge?	Hur mycket/vecka?	Nej	Ja
Rökning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Har du använt/använder du anabola steroider?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Har du varit i situationer där du riskerat blodsmitta (t.ex. injektionsmissbruk)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Snus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Har du någon gång fått sexuellt överförd smitta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Hälsodeklaration

Om aktuellt	Ja	Nej	Om aktuellt	Nej	Ja		
Senaste cellprov (datum) _____	Normalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ömhet i testiklar/pung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Regelbunden mens		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lämnat spermprov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Antal dagar från mensens första dag till nästa mens första dag (t ex 26-29 dagar)		_____		Om ja, bedömdes provet:	<input type="checkbox"/>	Normalt	
Senaste mens startade (datum)		_____		<input type="checkbox"/>	Nedsatt antal spermier	<input type="checkbox"/>	Nedsatt rörlighet

Om relevant, ange	Är av barnlöshet (gäller par)	Graviditeter antal	Barn antal	Missfall antal	Utomkvedshavandeskap	Aborter antal
I nuvarande förhållande	_____	_____	_____	_____	_____	_____
I tidigare förhållanden	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Komplikationer vid ev tidigare graviditeter och förlossningar?						

Tidigare behandlingar	Nej	Ja	Vilken klinik	När	Antal behandlingar
Hormonbehandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
IVF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____

Behov av Tolk? Vilket språk?

Har du erfarenhet av våld i nära relation?

Något annat som du tror är viktigt för oss att veta?

**Genom min underskrift intygar jag att:**

- den information jag har lämnat är sanningsenlig
- jag har förstått att redan befintlig smitta och sjukdom kan överföras ev till mottagare (den som ska bära graviditeten) och eventuella barn vid fertilitetsbehandling
- jag samtycker till att kliniken får ta del av mina journaler

Datum \_\_\_\_\_ Underskrift \_\_\_\_\_