



Hälsodeklaration inför utredning barnlöshet (Kvinnan)

Namn: _____ Personnr: _____

Partners namn: _____ Personnr: _____

Adress: _____

Telefon nr: _____ E-mail: _____

Är ni folkbokförda på samma adress: _____ Civilstånd: Gifta O Sambo O

Hur länge har ni bott ihop: _____

Yrke/Sysselsättning: _____

Rökning: _____ Om JA hur mycket och hur länge: _____

Snus: _____ Om JA hur mycket och hur länge: _____

Droganvändning: _____

Alkohol: _____ Om JA hur mycket per vecka: _____

Längd: _____ Vikt: _____

Tidigare/Nuvarande sjukdomar:

Diabetes	Nej	Ja	Reumatisk sjukdom	Nej	Ja
Hjärtsjukdom	Nej	Ja	Gulsot	Nej	Ja
Lungsjukdom	Nej	Ja	Blodpropp	Nej	Ja
Blödningsbenägenhet	Nej	Ja	Njursjukdom	Nej	Ja
Gynekologisk operation	Nej	Ja	Gynekologisk sjukdom	Nej	Ja
Könssjukdom t ex klamydia	Nej	Ja	Bukoperation	Nej	Ja
Psykisk ohälsa	Nej	Ja	Annan sjukdom	Nej	Ja

Om JA på någon av ovanstående tidigare/nuvarande sjukdomar komplettera här med mer information: _____

Hälsodeklaration inför utredning barnlöshet (Kvinnan)

Tar du några mediciner eller kosttillskott: Ja Nej

Vilka: _____

Ärftliga sjukdomar i närmsta familjen (föräldrar, syskon):

Allergi/Läkemedelsöverkänslighet: _____

Tidigare preventivmedel: _____

Menstyp (mensdebut, mensvärk, intervall mellan blödningsdag 1 till nästa dag 1): _____

Omslag på ägglossningstest: Ja Nej

Hur länge har ni försökt bli gravida: _____

Graviditeter i nuvarande förhållande: Ja Nej

Om JA på ovanstående, antal:

Barn: ____ Missfall: ____ Abort: ____ Utomkvedshavandeskap: ____

Graviditeter i tidigare förhållande: Ja Nej

Om JA på ovanstående, antal:

Barn: ____ Missfall: ____ Abort: ____ Utomkvedshavandeskap: ____

Vem har vårdnaden av barnet/barnen: _____

Tidigare hormonbehandling: Ja Nej

När: _____ Typ av behandling: _____

Tidigare IVF-behandling: Ja Nej

När: _____ Vilken klinik: _____

Underskrift:

Datum:
