



Hälsodeklaration inför utredning barnlöshet (Mannen)

Namn: _____ Personnr: _____

Partners namn: _____ Personnr: _____

Adress: _____

Telefon nr: _____ E-mail: _____

Är ni folkbokförda på samma adress: _____

Om JA, hur länge har ni bott tillsammans: _____

Civilstånd: Gifta O Sambo O

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
Bukoperation	Nej Ja	Könssjukdom t ex klamydia	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 (Mannen)

Tar du några mediciner eller kosttillskott: Ja Nej

Vilka: _____

Ärftliga sjukdomar i närmsta familjen (Föräldrar, syskon):

Allergi/Läkemedelsöverkänslighet: _____

Hur länge har ni försökt bli gravida: _____

Graviditeter i nuvarande förhållande: Ja Nej

Om JA på ovanstående, antal:

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

Graviditeter i tidigare förhållande: Ja Nej

Om JA på ovanstående, antal:

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

Vem har vårdnaden av barnet/barnen: _____

Tidigare IVF-behandling: Ja Nej

När: _____ Vilken klinik: _____

Underskrift:

Datum:
