

Hälsodeklaration – Infertilitet – Man

Namn:			Personnr:				
Partners namn:			Personnr:				
E-mail:			Tel nr vi kan nå dig på:				
Civilstånd: gifta <input type="checkbox"/> sambo <input type="checkbox"/> Hur länge har ni varit mantalsskrivna på samma adress?							
Yrke/sysselsättning:							
Längd:			Aktuell vikt:				
Rökning : Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>			Snus: Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>				
Hur mycket: Hur länge:			Hur mycket: Hur länge:				
Alkohol: Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>			Har du använt eller använder du anabola steroider				
Hur mycket per vecka			Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>				
Tidigare och/eller nuvarande sjukdomar	Nej	Ja	År	Tidigare och/eller nuvarande sjukdomar	Nej	Ja	År
Diabetes				Njursjukdom			
Hjärtsjukdom				Bukoperation			
Lungsjukdom				Underlivsproblem t ex, ljumskbräck, pungbräck, testiklar			
Blödningsbenägenhet				Könssjukdom, t ex klamydia			
Reumatisk sjukdom				Depression			
Gulsot				Annan allvarlig sjukdom			
Blodpropp							
Andrologisk hälsodeklaration							
Urinvägsinfektion: Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> senast när:			Ömhet i testiklar/pung: Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>				
Graviditet i tidigare förhållanden: Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>				Om ja antal graviditeter:			
Barn:	Missfall:	Utomkvedshavandeskap:		Aborter:			
Lämnat spermprov: Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>		När:		Var:			
Tar du några mediciner: Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>		Vilka:					
Har du någon allergi: Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>		Mot vad:					

Datum: _____

Underskrift: _____