

Hälsodeklaration – Infertilitet – Kvinna

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"/>		Alkohol Nej <input type="checkbox"/>		Ja <input type="checkbox"/>					
Hur mycket:		Hur länge:		Hur mycket:		Hur länge:		Hur mycket per vecka:							
Tidigare och/eller nuvarande sjukdomar			Nej	Ja	År	Tidigare och/eller nuvarande sjukdomar			Nej	Ja	År				
Diabetes						Njursjukdom									
Hjärtsjukdom						Bukoperation									
Lungsjukdom						Gynekologisk sjukdom									
Blödningsbenägenhet						Gynekologisk operation									
Reumatisk sjukdom						Könssjukdom, t ex klamydia									
Gulsot						Depression									
Blodpropp						Annan allvarlig sjukdom									
Gynekologisk hälsodeklaration															
Antal år av ofrivillig barnlöshet:															
I nuvarande förhållande: Antal graviditeter		Barn:		Missfall:		Utomkvedshavandeskap:		Aborter:							
I tidigare förhållande: Antal graviditeter		Barn:		Missfall:		Utomkvedshavandeskap:		Aborter:							
Antal dagar från mensens första dag till nästa mens första dag:															
Din senaste mens, datum:															
Tidigare hormonbehandling: Nej <input type="checkbox"/>												Ja <input type="checkbox"/>		Vilken klinik:	
När: Antal gånger:															
När togs ditt senaste cellprov/cytologprov?:						Normalt: Ja <input type="checkbox"/>						Nej <input type="checkbox"/>			
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: _____