

Infertilitet – Hälsodeklaration – Man

Ditt namn:			Personnr:				
Partners namn:			Personnr:				
Adress:							
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				Könsjukdom, t ex chlamydia			
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 spermaprov: 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:				
Överkänslighet mot läkemedel: Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>			Vilka:				
Övrigt som vi bör veta om dig:							

Datum: _____

Underskrift _____