GYNIO HÄLSA

Infertilitet – Hälsodeklaration – Kvinna

Namn:	**Personnr:**
Partners namn:	**Personnr:**
Adress:	
E-mail:	**Tel nr vi kan nå dig på:**
Civilstånd: gifta ☐ **sambo** ☐ **Hur länge har ni varit mantalsskrivna på samma adress?**	
Yrke/sysselsättning:	
Längd:	**Aktuell vikt:**

Rökning Nej ☐ **Ja** ☐ **Hur mycket:** **Hur länge:**	**Snus Nej** ☐ **Ja** ☐ **Hur mycket:** **Hur länge:**	**Alkohol Nej** ☐ **Ja** ☐ **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				**Könsjukdom, t ex chlamydia**			
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 ☐ **Ja** ☐ **Vilken klinik:** **När:** **Antal gånger:**

När togs ditt senaste cellprov/cytologprov?:	**Normalt: Ja** ☐ **Nej** ☐

Tar du några mediciner: Nej ☐ **Ja** ☐ **Vilka:**
Har du någon allergi: Nej ☐ **Ja** ☐ **Mot vad:**
Överkänslighet mot läkemedel: Nej ☐ **Ja** ☐ **Vilka:**
Övrigt som vi bör veta om dig:

Datum: _____ Underskrift _____