

Hälsodeklaration inför utredning barnlöshet (Kvinnan)

Personuppgifter

Namn: _____ Personnr: _____
Partners namn: _____ Personnr: _____
Adress: _____
Telefon nr: _____ E-mail: _____
Är ni folkbokförda på samma adress: _____ Civilstånd: _____ Gifta _____ Sambo _____
Hur länge har ni bott ihop: _____
Yrke/Sysselsättning: _____

Levnadsvanor

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

	NEJ	JA		NEJ	JA
Diabetes			Reumatisk sjukdom		
Hjärtsjukdom			Gulsot		
Lungsjukdom			Blodpropp		
Blödningsbenägenhet			Njursjukdom		
Gynekologisk operation			Gynekologisk sjukdom		
Könssjukdom t ex klamydia			Bukoperation		
Psykisk ohälsa			Annan sjukdom		

Om JA på någon av ovanstående tidigare/nuvarande sjukdomar komplettera här med mer information:

Hälsodeklaration inför utredning barnlöshet (Kvinnan)

Mediciner och övrig sjukdomshistorik

Tar du några mediciner eller kosttillskott: Ja Nej

Vilka:

Ärftliga sjukdomar i närmsta familjen (föräldrar, syskon):

Allergi/Läkemedelsöverkänslighet:

Tidigare preventivmedel:

Menstyp (mensdebut, mensvärk, intervall mellan blödningsdag 1 till nästa dag 1):

Omslag på ägglossningstest: Ja Nej

Graviditetshistorik

Hur länge har ni försökt bli gravida:

Graviditeter i nuvarande förhållande: Ja Nej

Om JA på ovanstående, antal:

Barn: Missfall: Abort: Utomkvedshavandeskap:

Graviditeter i tidigare förhållande: Ja Nej

Om JA på ovanstående, antal:

Barn: Missfall: Abort: Utomkvedshavandeskap:

Vem har vården av barnet/barnen:

Tidigare behandling

Tidigare hormonbehandling: Ja Nej

När: Typ av behandling:

Tidigare IVF-behandling: Ja Nej

När: Vilken klinik:

Underskrift:

Datum: