

Hälsodeklaration

Namn		Persnr	
E-mail		Mobilnr	
Yrke/sysselsättning		Civilstånd	
		Om relation, hur länge?	
Rökning	nej <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Om ja, hur mycket _____ hur länge _____	Snus	nej <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Om ja, hur mycket _____ hur länge _____
Alkohol	nej <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> hur mycket per vecka?	Längd	cm Vikt kg
Finns några allvarliga/kroniska sjukdomar i närmaste närmaste familjen? nej <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> vilka _____		Har du använt/använder anabola steroider? nej <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	

Tidigare/nuvarande sjukdomar	nej	ja	år	Tidigare/nuvarande sjukdomar	nej	ja	år
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Reumatisk sjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hjärtsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Njursjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lungsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Opererad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Blödningsbenägenhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Depression/Psykisk sjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Blodpropp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Annan allvarlig sjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gulsot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Annat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Om du/ni försökt få barn - hur länge?			
Har du varit gravid?	nej <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	Har du givit upphov till graviditet	nej <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
Om aktuellt - antal :	Graviditeter _____ barn _____ missfall _____ aborter _____ utomkvedshavandeskap _____		
Tidigare IVF	nej <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	Om ja vilken klinik	när _____ antal gånger _____
Annan hormonbehandling	nej <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	Om ja vilken klinik	när _____ antal gånger _____

Om aktuellt	Om aktuellt
Mensen är: regelbunden <input type="checkbox"/> oregelbunden <input type="checkbox"/>	Lämnat spermprov nej <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
Antal dagar från mensens första dag till nästa mens första dag:	Hur bedömdes spermprovet (ex normalt, få spermier, nedsatt rörlighet):
Senaste mens startade datum:	Könssjukdom nej <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> vilken?
Har du lämnat cellprov? nej <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Om ja när? Normalt? nej <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	Andra sjukdomar eller operation i urinvägar eller könsorgan: nej <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
Tar du några mediciner	nej <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> vilka?
Överkänslighet mot läkemedel	nej <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> vilka?
Allergi mot något	nej <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> mot vad?
Har du vårdats utomlands?	nej <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> när? _____ var?
Något annat som du tror är viktigt för oss att veta:	

Hur fick du kännedom om vår klinik? Av min läkare <input type="checkbox"/> vänner och bekanta <input type="checkbox"/> remiss <input type="checkbox"/> internet <input type="checkbox"/> Annat <input type="checkbox"/>
--