

Patientens hälsodeklaration (man)

Ditt namn:				Personnr:					
Partners namn:				Personnr:					
Adress:									
E-mail:				Tel nr vi kan nå dig på:					
Civilstånd: gift <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"/> Hur mycket?				Snus? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Hur mycket?					
Hur länge:				Hur länge:.....					
Alkohol? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>				Har du använt eller använder anabola steroider					
Hur mkt 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					Underlivsoperation, t ex ljumskbräck, pungbräck, testiklar				
Blödningsbenägenhet					Könssjukdom, t ex chlamydia				
Reumatisk sjukdom					Depression (medicinskt behandlad)				
Gulsot					Annat allvarlig sjukdom:				
Blodpropp									
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:									
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 förhållande? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>				Antal graviditeter:					
Barn:		Missfall:		Utomkvedshavandeskap:			Aborter:		
Lämnat spermprov? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> När:					Var:				
Hur bedömdes spermprovet, så som du har fått besked? (t ex normalt, få spermier, nedsatt rörlighet etc):									
Övrigt som vi bör veta om dig:									
Har du någon gång de senaste 12 månaderna vårdats eller utfört vårdarbete utomlands? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>									
Behöver du tolk inför besöket Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja, vilket språk?									

Datum _____ Underskrift _____