

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 ljumsnbräck, pungbräck, testiklar				
Blödningbenägenhet					Könssjukdom, t ex chlamydia				
Reumatisk sjukdom					Depression (medicinskt behandlad)				
Gulsot					Annan 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 _____