

Hälsodeklaration

Namn	_____	Personnummer	_____
E-mail	_____	Födelseort	_____
Adress	_____	Civilstånd	<input type="checkbox"/> Gift/sambo <input type="checkbox"/> Ensamstående
	_____	Yrke/sysselsättning	_____
Mobilnummer	_____	Aktuell vikt	_____
	_____	Längd	_____

Tidigare/nuvarande sjukdomar	Nej	Ja	År	Tidigare/nuvarande sjukdomar	Nej	Ja	År
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Bukoperation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hjärtsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Sjukdomar/operationer i urinvägar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Lungsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Underlivsoperation (t.ex. pungbräck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Blödningsbenägenhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Gynekologisk sjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Reumatisk sjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Gynekologisk operation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gulsot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Könssjukdom (t.ex. klamydia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Blodpropp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Depression (medicinskt behandlad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Njursjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Annan allvarlig sjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Sjukdomar, allergier mm	Nej	Ja	Om ja, vad/vilka?
Allvarliga/kroniska sjukdomar i närmaste familjen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tar du några mediciner?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Allergi mot läkemedel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Har du någon annan allergi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Vaccinationer utanför vaccinationsprogrammet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Vanor, riskbeteende	Nej	Ja	Hur länge?	Hur mycket/vecka?	Nej	Ja
Rökning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Har du använt/använder du anabola steroider?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Har du varit i situationer där du riskerat blodsmitta (t.ex. injektionsmissbruk)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Snus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Har du varit i situationer där du riskerat sexuellt överförd smitta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Utomlandsvistelse under det senaste året	Nej	Ja	Om ja, var
Har du varit utomlands mer än 3 veckor i sträck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Har du vårdats eller utfört vårdarbete utomlands?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Om aktuellt	Nej	Ja	Om aktuellt	Nej	Ja
Regelbunden mens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ömhet i testiklar/pung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antal dagar från mensens första dag till nästa mens första dag	_____	_____	Lämnat spermprov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Senaste mens startade (datum)	_____	_____	Om ja, bedömning av provet:		
Senaste cellprov (datum)	_____	_____	• Normalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Normalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	• Nedsatt antal spermier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			• Nedsatt rörlighet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om relevant, ange antal	Graviditeter	Barn	Missfall	Utomkvedshavandeskap	Aborter
I nuvarande förhållande	_____	_____	_____	_____	_____
I tidigare förhållanden	_____	_____	_____	_____	_____

Tidigare behandlingar	Nej	Ja	Vilken klinik	När	Antal
Hormonbehandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
IVF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____

Övrigt som kan vara relevant: _____

Datum _____ Underskrift _____