

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, risker	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 någon gång varit i situationer där du riskerat sexuellt överförd smitta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Hälsodeklaration

Vanor/risker fortsättning

	Nej	Ja	
Har du vårdats eller utfört vårdarbete utomlands?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Om ja, var?
Har du genomgått något mindre operativt ingrepp utanför sjukhus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Om ja, vad/var/när?
Har du utfört något icke medicinskt ingrepp? tex injektionsbehandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Om ja, vad/var/när?
Har du någon gång råkat ut för någon olyckshändelse som krävt sjukhusvård?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Om ja, vad/var/när?
Har du någon gång råkat ut för någon olyckshändelse som inte krävt sjukhusvård?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Om ja, vad/var/när?

Om aktuellt	Ja	Nej	Om aktuellt	Nej	Ja
Senaste cellprov (datum) _____ Normalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ömhet i testiklar/pung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regelbunden mens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lämnat spermprov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antal dagar från mensens första dag till nästa mens första dag (t ex 26-29 dagar)	_____		Om ja, bedömdes provet: <input type="checkbox"/> Normalt		
Senaste mens startade (datum)	_____		<input type="checkbox"/> Nedsatt antal spermier	<input type="checkbox"/> Nedsatt rörlighet	

Om relevant, ange	År av barnlöshet (gäller par)	Graviditeter antal	Barn antal	Missfall antal	Utomkvedshavandeskap	Aborter antal
I nuvarande förhållande	_____	_____	_____	_____	_____	_____
I tidigare förhållanden	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Komplikationer vid ev tidigare graviditeter och förlossningar?						
Tidigare behandlingar	Nej	Ja	Vilken klinik	När	Antal	
Hormonbehandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	
IVF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	

Covid-19
Genomgången Covid-19 infektion? I så fall, när?
Vaccinerad mot Covid-19? Hur många doser?

Behov av Tolk? Vilket språk?

Hälsodeklaration

Något annat som du tror är viktigt för oss att veta?

Genom min underskrift intygar jag att:

- den information jag har lämnat är sanningsenlig
- jag har förstått att redan befintlig smitta och sjukdom kan överföras till mottagaren (den som ska bära graviditeten) och eventuella barn vid fertilitetsbehandling
- jag har fått möjlighet att ställa frågor och jag har fått svar på mina frågor
- jag samtycker till att kliniken får ta del av mina journaler

Datum _____ Underskrift _____