

Hälsodeklaration gällande assisterad befruktning för ensamstående kvinna

Namn.....

Personnummer..... Tel där vi når dig dagtid.....

Jag samtycker till att reproduktionscentrum tar del av min journal hos andra vårdgivare Ja Nej

Ditt samtycke behövs för att kunna göra en fullständig utredning och bedömning.

Etnisk tillhörighet. Jag härstammar från:

Antal år med barnönskan.....

Tidigare utredning eller behandling för ofrivillig barnlöshet.....

Socialt nätverk/relationer (föräldrar, syskon, mor- och farföräldrar, vänner).....

.....

Arbete/sysselsättning.....

Ärftliga sjukdomar i familjen.....

Tidigare/nuvarande fysisk eller psykisk sjukdom.....

Tidigare könssjukdomar, gynekologiska hälsoproblem eller operationer.....

.....

Tidigare graviditeter:

Antal..... Missfall.....Abort.....Utomkvedshavandeskap..... Barn.....

Antal dagar från mensens första dag till nästa mens första dag.....

Kortaste respektive längsta intervall vid oregelbunden mens.....

Menssmärtor som kräver medicinering/sjukskrivning vid varje menstruation Ja Nej

Nuvarande gynekologiska problem.....

Senast tagna cellprov..... Avvikande Ja Nej

Aktuella läkemedel.....

Överkänslighet.....

Nuvarande eller tidigare missbruk av alkohol, läkemedel eller andra droger.....

.....

P.g.a. risk för smittsamma sjukdomar som kan påverka graviditet och behandling undrar vi om du de senaste 6 månaderna rest utomlands eller om du planerar någon resa framöver. I så fall när och vart?.....

Har du de senaste 3 månaderna varit med om en olyckshändelse (som har föranlett operation, sjukhusvård, blodtransfusion etc)?.....

Har du de senaste 3 månaderna vaccinerats?.....

Vikt..... Längd.....

Jag intygar härmed att informationen jag lämnat är sanningsenlig.

Datum..... Underskrift.....