Hälsodeklaration gällande ofrivillig barnlöshet, kvinna:

Namn:……

Personnummer: …… Telefon 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: …….

Hur länge har ni haft en relation? Sammanboende sedan? ……..

Antal år av ofrivillig barnlöshet:……..

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

Civilstånd: Gift □ Sambo □

Arbete/sysselsättning……

Samliv (frekvens, smärtor etc): ……

Ärftliga sjukdomar i familjen ……..

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

Tidigare könssjukdomar, gynekologiska hälsoproblem och eller operationer:……

……..

Graviditeter i nuvarande relation:

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

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 hälsoproblem: ……

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……