

**Hälsodeklaration gällande assisterad befruktning samkönat par:**

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 med barnönskan:..... Vem av er är tänkt att genomgå behandling.....

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

Civilstånd: Gift  Sambo

Arbete/sysselsättning.....

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.....