



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?

Civilstånd: Gift Sambo Arbete/sysselsättning:

Antal år av ofrivillig barnlöshet:

Tidigare utredning eller behandling för ofrivillig barnlöshet:

Samliv (frekvens, smärtor etcetera):

Ärftliga sjukdomar i familjen:

Tidigare/nuvarande fysisk eller psykisk sjukdom:

Tidigare könssjukdomar, gynekologiska hälsoproblem och/eller operationer
(medicinska och icke-medicinska ingrepp):

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:

På grund av risk för smittsamma sjukdomar som kan påverka graviditet och behandling undrar vi om du de senaste 6 månaderna rest och/eller vistats under längre tid utomlands eller om du planerar någon resa och/eller längre vistelse utomlands framöver.

I så fall när och var?

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

Har du de senaste 3 månaderna vaccinerats?

Vikt:

Längd:

Jag intygar härmed att informationen jag lämnat är sanningsenlig.

Datum:

Underskrift.....