

## Hälsodeklaration gällande ofrivillig barnlöshet, man:

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, erektion, sädesuttömning) .....

Ärftliga sjukdomar i familjen .....

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

Tidigare könssjukdomar, andra underlivsproblem och/eller operationer  
(medicinska och icke-medicinska ingrepp) .....

Graviditeter i nuvarande relation:

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

Tidigare graviditeter:

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

Aktuella läkemedel .....

Överkänslighet .....

Nuvarande eller tidigare missbruk av alkohol, läkemedel, droger, anabola steroider eller  
proteintillskott .....

På grund av risk för smittsamma sjukdomar som kan påverka vid graviditet eller 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 etc)? .....

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

Vikt .....

Längd .....

Jag intygar härmed att informationen jag lämnat är sanningsenlig.

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