



Namn:		Personnr:	
Partners namn:		Personnr:	
Adress:			
Tel nr vi kan nå dig på:			
Civilstånd:	Gifta <input type="checkbox"/>	sambo <input type="checkbox"/>	Hur länge har ni haft en fast relation? År?
Folkbokförd i Stockholmslän? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>			
Yrke/sysselsättning:			
Rökning: Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Snus: Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>		Alkohol? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Hur mycket:	Hur länge:	Hur mycket:	Hur länge:
Annat missbruk? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>		Vad:	Aktuell vikt: Längd:
Ärftlighet:			BMI:
Tidigare och/eller nuvarande sjukdomar	Nej	Ja	År
Diabetes			
Högt blodtryck			
Hjärtsjukdom			
Lungsjukdom			
Blödningsbenägenhet			
Reumatisk sjukdom			
Hepatit			
Tar du några mediciner: Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vilka:			
Har du någon allergi: Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Mot vad:			
Överkänslighet mot läkemedel: Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vilka:			

## Gynekologisk hälsodeklaration

Tidigare gynekologisk sjukdom	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Tidigare gynekologisk operation	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Tidigare könssjukdom t ex chlamydia	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Självtest chlamydia via 1177	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
När togs ditt senaste cellprov/cytologprov:	Normalt? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Antal år av ofrivillig barnlöshet:	
I nuvarande förhållande	
Antal graviditeter:	Barn: Missfall: Utomkvedshavandeskap: Aborter:
I tidigare förhållande	
Antal graviditeter:	Barn: Missfall: Utomkvedshavandeskap: Aborter:
Antal dagar från mensens första dag till nästa mens första dag:	Hur många dagar blöder du?
Din senaste mens datum:	Menssmärta: Ingen <input type="checkbox"/> Lätt <input type="checkbox"/> Måttlig <input type="checkbox"/> Stark <input type="checkbox"/>
Mediciner:	
Har du tidigare använt preventivmedel?	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om Ja, vilka:
Om Ja, när slutade du med preventivmedlet?	
Har du tidigare genomgått barnlöshetsutredning	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vilken klinik:
Har du genomgått behandling för barnlöshet?	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vilken klinik:

Jag samtycker till att verksamheten tar del av ospärrade journaluppgifter hos andra vårdgivare när så bedöms nödvändigt för att kunna ge god och säker vård

Nej  Ja

För att säkerställa att partner inte förväxlas med annan person godkänner jag härmed att mitt namn och personuppgifter inklusive journaluppgifter vid behov dokumenteras i min partners journal

Nej  Ja

Underskrift:

