



Namn:		Personnr:					
Partners namn:		Personnr:					
Tel nr vi kan nå dig på:							
Adress:							
Civilstånd:	Gifta <input type="checkbox"/>	sambo <input type="checkbox"/>	Hur länge har ni haft en fast relation? År?				
Är du 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"/>					
Hur mycket: Hur länge:		Hur mycket: Hur länge:					
Alkohol? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>		Har du använt eller använder anabola steroider					
Hur mkt per vecka:		Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>					
Annat missbruk: Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vad:		Aktuell vikt:	Längd:				
Ärftlighet:			BMI:				
Tidigare och/eller nuvarande sjukdomar	Nej	Ja	År	Tidigare och/eller nuvarande sjukdomar	Nej	Ja	År
Diabetes				Blodpropp			
Högt blodtryck				Njursjukdom			
Hjärtsjukdom				Bukoperation			
Lungsjukdom				Depression/Psykisk sjukdom			
Blödningsbenägenhet				(medicinsk behandlad)			
Reumatisk sjukdom				Annan allvarlig sjukdom:			
Hepatit				Om ja, vad:			
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:			

Andrologisk hälsodeklaration

Tidigare underlivsoperation, t ex Ljumskräck, pungbräck, testiklar		Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>				
Tidigare könssjukdom t ex chlamydia		Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>				
Urinvägsinfektion	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Senast när:	Ömhet i testiklar/pung:	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	
Antal år av ofrivillig barnlöshet?							
Graviditet i tidigare förhållande?		Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Graviditet i nuvarande förhållande?:			Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Barn:	Missfall:	Utomkvedshavandeskap:		Aborter:			
Lämnat spermprov?		Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	När:	Var:		
Hur bedömdes spermprovet, så som du har fått besked? (t ex normalt, få sperm, nedsattrörlighet etc)							

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:
