



Namn:		Personnr:	
Adress:		Tel nr vi kan nå dig på:	
Yrke/sysselsättning:		Utdrag av folkbokföringsregistret från skatteverket Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
Ensamstående >1 år Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>		Vårdnadshavare till barn Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
Rökning: Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>		Snus: Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
Hur mycket: Hur länge:		Alkohol? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
Hur mycket: Hur länge:		Hur mkt per vecka:	
Längd:		Aktuell vikt:	
		BMI:	
Ärftlighet:			
Tidigare och/eller nuvarande sjukdomar	Nej	Ja	År
Diabetes			
Hjärtsjukdom			
Lungsjukdom			
Blödningsbenägenhet			
Reumatisk sjukdom			
Gulsot			
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:	

Har du varit eller planerar resa till Zika-virus område?

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"/>
När togs ditt senaste cellprov/cytologprov:	Normalt? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Antal år av ofrivillig barnlöshet:	
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:	
Har du tidigare genomgått barnlöshetsutredning?	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Tidigare insemination:	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vilken klinik:
När:	Antal gånger:
Tidigare hormonbehandling:	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vilken klinik:
När:	Antal gånger:
Tidigare IVF:	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vilken klinik:
När:	Antal gånger:

Samtycke att läsa sammanhållande journal Nej Ja

Underskrift:

□