



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"/>					
Längd:		Aktuell vikt:	BMI:				
Ärftlighet:							
Tidigare och/eller nuvarande sjukdomar	Nej	Ja	År	Tidigare och/eller nuvarande sjukdomar	Nej	Ja	År
Diabetes				Blodpropp			
Hjärtsjukdom				Njursjukdom			
Lungsjukdom				Bukoperation			
Blödningsbenägenhet				Depression/Psykisk sjukdom (medicinsk behandlad)			
Reumatisk sjukdom							
Gulсот				Annan allvarlig sjukdom			
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?

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)							

Samtycke att läsa sammanhållande journal 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:
