

Fylls i av kvinnan

Kvinnans namn:		Personnummer:	
Partners namn:		Personnummer:	
Adress:		Telefonnummer: Mailadress:	
Civilstånd: Gift <input type="checkbox"/> Sammanboende <input type="checkbox"/>			
Yrke/sysselsättning:		Längd:	Vikt:
Rökning: Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Cigaretter/dag:	Snus: Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Dosor/vecka:	Alkohol: Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Gånger/vecka:	Droger: Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Hur länge har ni som par försökt få barn tillsammans:			
Tidigare och/eller nuvarande sjukdomar:			
Blodpropp	Nej / Ja	Lungsjukdom	Nej / Ja
Blödningsbenägenhet	Nej / Ja	Njursjukdom	Nej / Ja
Bukoperation	Nej / Ja	Reumatisk sjukdom	Nej / Ja
Diabetes	Nej / Ja	Sköldkörtelsjukdom	Nej / Ja
Psykiatrisk sjukdom/ depression (behandlad)	Nej / Ja	Underlivsinfektioner/ könssjukdomar	Nej / Ja
Gulsot/leversjukdom	Nej / Ja	Urinvägsinfektion	Nej / Ja
Gynekologisk sjukdom	Nej / Ja	Ärftliga sjukdomar	Nej / Ja
Gynekologisk operation	Nej / Ja	Annan allvarlig sjukdom	Nej / Ja
Hjärtsjukdom	Nej / Ja		
Tar du några mediciner: Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja vilka:	Har du några allergier/läkemedelsöverkänslighet: Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja mot vad:		
Är du vaccinerad mot: Röda hund Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>		Hepatit B Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
När tog du ditt senaste cellprov/cytologprov: År: Normalt: Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>			
Mensintervall = antal dagar från mensens första dag till nästa mens första dag:			
Datum för senaste mens första dag:		Har du använt ägglossningstest: Hur utföll testet: Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/>	
Har ni några gemensamma graviditeter: Totalt antal graviditeter: Barn: Missfall: Utomkvedshavandeskap: Abort:			
Graviditeter i tidigare relation: Totalt antal graviditeter: Barn: Missfall: Utomkvedshavandeskap: Abort:			
Har du genomgått någon barnlöshetsutredning, hormonbehandling eller IVF-behandling tidigare? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>			
Om ja på vilken klinik:		När:	Antal gånger:
Har du rest utanför Europa det senaste året: Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja när och var:			
Har du arbetat eller vårdats på sjukhus utomlands det senaste året: Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja när och var:			
Är det något annat du vill ta upp med oss vid besöket?			
Datum och namnteckning			