

Fylls i av mannen

Mannens 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"/> Gångar/vecka:	Droger: Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Har du använt eller använder anabola steroider: Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja när:			
Hur länge har ni som par försökt få barn tillsammans:			
Tidigare och/eller nuvarande sjukdomar:			
Blodpropp	Nej / Ja	Njursjukdom	Nej / Ja
Blödningsbenägenhet	Nej / Ja	Reumatisk sjukdom	Nej / Ja
Bukoperation	Nej / Ja	Sköldkörtelsjukdom	Nej / Ja
Psykiatrisk sjukdom/ depression (behandlad)	Nej / Ja	Underlivsinfektioner/ könssjukdomar	Nej / Ja
Diabetes	Nej / Ja	Urinvägsinfektion	Nej / Ja
Gulsot/leversjukdom	Nej / Ja	Ärftliga sjukdomar	Nej / Ja
Hjärtsjukdom	Nej / Ja	Annan allvarlig sjukdom	Nej / Ja
Lungsjukdom	Nej / Ja		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: Påssjuka Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Hepatit B Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>			
Känner du ömhet i testiklar/pung: Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>			
Har ni några gemensamma graviditeter: Totalt antal graviditeter: Barn:		Graviditeter i tidigare relation: Totalt antal graviditeter: Barn:	
Har du genomgått någon barnlöshetsutredning eller IVF-behandling tidigare? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>			
Om ja på vilken klinik:		När:	Antal gånger:
Har du lämnat spermprov: Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja mot när:			
Bedömdes spermprovet som normalt vid det tillfället: Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>			
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			