

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:
Hur länge har ni som par försökt få barn tillsammans:			
<b>Tidigare och/eller nuvarande sjukdomar:</b>			
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"/>		Har du några allergier/läkemedelsöverkänslighet: Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
Om ja vilka:		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:		Graviditeter i tidigare relation:	
Totalt antal graviditeter: Barn:		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 behandlingar:
Har du lämnat spermprov: Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja mot när:			
Bedömdes spermaprovet som normalt vid det tillfället: Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>			
<b>Riskbeteenden: (krav på frågor från IVO (inspektionen för vård och omsorg))</b>			
Rökning	Nej / Ja, cigaretter/dag:	Anabola steroider eller droger:	Nej / Ja
Snus	Nej / Ja, dosor/vecka:	Har du varit i en situation där det funnits risk för blodsmitta?	Nej / Ja
Alkohol:	Nej / Ja, gånger/vecka:	Ha du varit i en situation där det funnits risk för sexuellt överförd smitta?	Nej / Ja
Har du rest utomlands 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?			
Jag intygar att jag förstått informationen om smitta och sjukdom som kan överföras via biologiskt material till mottagaren (vid assisterad befruktning). Jag har fått möjlighet att ställa frågor och fått tillfredsställande svar. Jag intygar att den information jag lämnat är sanningsenlig.			
<b>Datum och namnteckning</b>			