

Frågor om dina nuvarande levnadsvanor, från idag och 6 månader bakåt: (krav på frågor från IVO, inspektionen för vård och omsorg)			
Rökning (nuvarande situation)	Nej Ja, _____ cigaretter/dag	Anabola steroider eller droger (nuvarande och tidigare)	Nej / Ja
Snus (nuvarande situation)	Nej Ja, _____ dosor/vecka	Har du de senaste 6 månaderna varit i en situation där det funnits risk för blodsmitta?	Nej / Ja
Alkohol (nuvarande situation)	Nej Ja, _____ standardglas /vecka	Har du de senaste 6 månaderna varit i en situation där det funnits risk för sexuellt överförd smitta?	Nej / Ja
Hur många sexualpartners har du haft det senaste halvåret?			stycken
Kommer du eller dina föräldrar från, eller har du tidigare i livet haft en intim relation med en person från något av följande områden: Syd- och Mellanamerika, Afrika, Iran, Japan, Rumänien, Karibien, någon av de små ögrupperna i Oceanien (Solomonöarna mfl)?			Nej / Ja
Har du de senaste 6 månaderna vistats utomlands? Om ja, när, var och hur länge?		Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Har du de senaste 12 månaderna arbetat eller vårdats på sjukhus utomlands: Om ja, när och var:		Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Har du de senaste 6 månaderna råkat ut för någon olyckshändelse av betydelse som medfört sjukhusvård? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> , beskriv:			
Har du de senaste 6 månaderna genomgått icke-kirurgiska medicinska ingrepp (ex.vis kosmetiska procedurer, tatuering, piercing, akupunktur, blodtransfusion) eller icke medicinska ingrepp (ex.vis skönhetsoperationer)? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> , beskriv:			

Är det något annat du vill ta upp med oss vid besöket?
Hur fick du kännedom om vår klinik? Rekommendation <input type="checkbox"/> Via annan klinik <input type="checkbox"/> Sociala medier <input type="checkbox"/> Google <input type="checkbox"/> Annat <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Jag samtycker till att kliniken får ta del av mina provsvar från annan vårdgivare.
Jag intygar att jag förstått informationen om smitta och sjukdom som kan överföras via biologiskt material till den som avser att bära barnet vid assisterad befruktning (och eventuella barn som uppkommer via fertilitetsbehandling). Jag har fått möjlighet att ställa frågor och fått tillfredsställande svar. Jag intygar att den information jag lämnat är sanningsenlig.
Datum och namnteckning