

Namn:		Personnummer:	
Ev Partners namn:		Personnummer:	
Adress:		Telefonnummer: Mailadress:	
Civilstånd: Gift <input type="checkbox"/> Sammanboende <input type="checkbox"/> Ensamstående <input type="checkbox"/> Om gift/sambo, är ni folkbokförda på samma adress? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja, sedan hur länge?			
Yrke/sysselsättning:		Längd:	Vikt:
Inför behandling, om du har en partner, hur länge har ni varit ett par?			
Inför behandling, hur länge har du/ni försökt/önskat få barn tillsammans?			
Tidigare och/eller nuvarande sjukdomar: om ja, beskriv och sedan när.			
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"/> , mot:	
Har du tidigare haft blodpropp? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>			
Har du tagit blodförtunnande, ex i form av fragmin, trombyl, innohep, eliquis, xarelto, klexane? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>			
Har du någon ärftlighet för blodpropp? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> I så fall 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"/>			
Är du vaccinerad mot: påssjuka Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> (Röda hund-vaccin och påssjukevaccin ingår i barnvaccinationsprogrammet)			
Har du vaccinerat dig mot något utöver ovan och det som ingår i vaccinationsprogrammet? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> , beskriv:			
Om du har en livmoder, när tog du ditt senaste cellprov/cytologprov: År: _____ Normalt: Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>			
Om du har en livmoder, mensintervall = antal dagar från mensens första dag till nästa mens första dag: Datum för senaste mens första dag: Om du har använt ägglossningstest, hur utföll testet? Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/>			
Om du har testiklar/pung, känner du ömhet i testiklar/pung: Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>			
Om du har testiklar/pung, har du lämnat spermaprov: Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja, när: Bedömdes spermaprovet som normalt vid det tillfället: Nej <input type="checkbox"/> Ja <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: _____			
Om du burit en graviditet, var graviditeten och förlossning normal? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om nej, på vilket sätt?			
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 behandlingar: _____			

**Var god vänd, fortsättning på baksidan.**

<b>Frågor om dina nuvarande levnadsvanor, från idag och 6 månader bakåt:</b> (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? 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.
<input type="checkbox"/> 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). <input type="checkbox"/> Jag har fått möjlighet att ställa frågor och fått tillfredsställande svar. Jag intygar att den information jag lämnat är sanningsenlig och att jag inte utelämnat något. <input type="checkbox"/> Jag intygar att informera min läkare om något nytt tillkommit efter idag och fram till behandling.
Datum och namnteckning