

Fylls i av kvinnan

Kvinnans namn:		Personnummer:	
Partners namn:		Personnummer:	
Adress:		Telefonnummer: Mailadress:	
Civilstånd: Gift <input type="checkbox"/> Sammanboende <input type="checkbox"/> Ensamstående <input type="checkbox"/>			
Yrke/sysselsättning:		Längd:	Vikt:
Hur länge har du/ni försökt/önskat 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 behandlingar:
Riskbeteenden: (krav på frågor från IVO (inspektionen för vård och omsorg))			
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	Har 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 (vid assisterad befruktning). Jag har fått möjlighet att ställa frågor och fått tillfredsställande svar. Jag intygar att den information jag lämnat är sanningsenlig.			
Datum och namnteckning			
Har fick du kännedom om vår klinik? <input type="checkbox"/>			
Rekommendation <input type="checkbox"/>	Via annan klinik <input type="checkbox"/>	Sociala medier <input type="checkbox"/>	Google <input type="checkbox"/> Annat <input type="checkbox"/>