

Hälsodeklaration, Tudorkliniken gynmottagning (man)

| | |
|----------------------|-----------------------|
| Ditt namn: | Namn partner |
| Personnummer: | Telefonnummer: |

| | | | | | |
|--|--|-----------------------------|--|--------------------------------|--|
| Civilstånd: Gifta <input type="checkbox"/> Sambo <input type="checkbox"/> | Hur länge har ni varit folkbokförda på samma adress? | | | | |
| Yrke/sysselsättning: | | | | | |
| Längd: | | Aktuell vikt: | | BMI: | |
| Rökning: Hur mycket: | Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Hur länge: | Snus: Hur mycket: | Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Hur länge: | Alkohol: Hur mycket: | Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Hur länge: |
| Jag har tagit Spermatestet heter FertilitySCORE. Resultat: positivt <input type="checkbox"/> negativt <input type="checkbox"/> | | | | | |

| Tidigare och/eller nuvarande sjukdomar | Nej | Ja | År | Tidigare och/eller nuvarande sjukdomar | Nej | Ja | År |
|--|-----|----|----|--|-----|----|----|
| Diabetes | | | | Njursjukdom | | | |
| Hjärtsjukdom | | | | Bukoperation | | | |
| Lungsjukdom | | | | Underlivsoperation, ex ljumskbråck, testiklar, pungbråck | | | |
| Blödningsbenägenhet | | | | Könssjukdom | | | |
| Reumatisk sjukdom | | | | Depression (medicinskt behandlad) | | | |
| Gulsot | | | | Annan allvarlig sjukdom | | | |
| Blodpropp | | | | | | | |

| | | | |
|---|--|---------------------|--|
| Andrologisk hälsodeklaration | | | |
| Tar du några mediciner: | Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> | Vilka: | |
| Har du någon allergi: | Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> | Mot vad: | |
| Överkänslighet mot läkemedel: | Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> | Vilka: | |
| Urinvägsinfektion: | Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> | Senast när: | |
| Ömhet i testiklar/pung? | Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> | Senast när: | |
| Graviditeter i tidigare förhållande: | Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> | Antal graviditeter: | |
| Lämnat spermprov: | Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> | När: | Var: |
| Hur bedömdes spermaprovet, så som du har fått besked? (<i>tex normalt, få spermier m.m.</i>): | | | |
| Barn: | Utomkvedshavandeskap: | Missfall: | Aborter: |
| Har du syskon? | Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> | Är du IVF-barn? | Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> |
| Har du behov av tolk? | Språk: | | |
| Övrigt som vi bör veta om dig: | | | |

Datum _____ **Underskrift** _____