

Hälsodeklaration - kvinna

| | |
|---------------------------------------------|--------------|
| Namn | Personnummer |
| Partners namn (lämnas tomt om ensamstående) | Personnummer |

| | |
|----------------------|--------------------------------------|
| E-mail: | Telefon: |
| Yrke/sysselsättning: | |
| Rökning: nej o ja o | Snus: nej o ja o Alkohol? nej o ja o |
| Längd: | Vikt: |

| Tidigare och/eller nuvarande sjukdomar | Nej | Ja | Tidigare och/eller nuvarande sjukdomar | Nej | Ja |
|----------------------------------------|-----|----|----------------------------------------|-----|----|
| Diabetes | | | Njursjukdom | | |
| Hjärtsjukdom | | | Bukoperation | | |
| Lungsjukdom | | | Gynekologisk sjukdom | | |
| Blödningsbenägenhet | | | Gynekologisk operation | | |
| Reumatisk sjukdom | | | Könssjukdom t ex klamydia | | |
| Gulsot | | | Depression (medicinskt behandlad) | | |
| Blodpropp | | | Annan allvarlig sjukdom | | |

Gynekologisk hälsodeklaration

| |
|-----------------------------------------------------------------|
| Antal år av ofrivillig barnlöshet: |
| Antal graviditeter i nuvarande förhållande: |
| Barn: Missfall: |
| Utomkvedshavandeskap: Aborter: |
| Antal graviditeter i tidigare förhållande: |
| Barn: Missfall: |
| Utomkvedshavandeskap: Aborter: |
| Antal dagar från mensens första dag till nästa mens första dag: |
| Datum för senaste mensens första dag: |
| Tidigare hormonbehandling: nej o ja o |
| Vilken klinik: När: |
| Antal gånger: |

| | |
|--------------------------------------------------------|-------------|
| <i>Tidigare IVF: nej o ja o</i> | |
| <i>Vilken klinik:</i> | <i>När:</i> |
| <i>Antal gånger:</i> | |
| <i>Tar du några mediciner: nej o ja o Vilka:</i> | |
| <i>Har du någon allergi: nej o ja o Mot vad:</i> | |
| <i>Överkänslighet mot läkemedel: nej o ja o Vilka:</i> | |

| | |
|--------------|---------------------|
| <i>Datum</i> | <i>Namnteckning</i> |
|--------------|---------------------|

GynHälsan
FERTILITETSKLINIK