

Hälsodeklaration - kvinna

Namn	Personnummer
Partners namn (lämnas tomt om ensamstående)	Personnummer

E-mail:	Telefon:
Yrke/sysselsättning:	
Rökning: nej o ja o Om ja, hur många cigaretter per dag?	
Snus: nej o ja o Om ja, hur många dosor snus per vecka?	
Alkohol? nej o ja o Om ja, hur många glas per vecka?	
Droger: nej o ja o Om ja, vilka droger?	
Längd:	Vikt:

Tidigare och/eller nuvarande sjukdomar			Tidigare och/eller nuvarande sjukdomar		
	Nej	Ja		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	
Om ja, Vilken klinik: När:	
Antal gånger:	
Tidigare IVF: nej o ja o	
Om ja, Vilken klinik: När:	
Antal gånger:	
Har du haft någon könssjukdom? nej o ja o Om ja, vilken?	
Har du någon kronisk sjukdom som kan vara smittsam? nej o ja o Om ja, vilken?	
Har du rest till något land de senaste 12 månaderna där risk för smittsamma sjukdomar, såsom tex Zikavirus, förekommer?	
Om ja, vilket land? Vilken smittsam sjukdom?	
Är du vaccinerad mot Hepatit B? nej o ja o Om ja, när?	
Har du de senaste 6 månaderna haft någon sexuell kontakt där du kan misstänka att du exponerats för smittsam sexuellt överförbar sjukdom?	
nej o ja o Om ja, när och vilken sjukdom?	
Tar du några mediciner: nej o ja o Vilka:	
Har du någon allergi: nej o ja o Mot vad:	
Överkänslighet mot läkemedel: nej o ja o Vilka:	
Samtycker du till att GynHälsan Fertilitetsklirik får ta del av journaler rörande dig och din hälsa från andra vårdgivare?	
nej o ja o	

Datum	Namn-teckning
-------	---------------