



# BUCK

## Gynekologi

<b>Mannens namn</b>		<b>Personnummer</b>	
<b>Kvinnans namn</b>		<b>Personnummer</b>	
<b>Adress</b>		<b>Tel hem/mobiltelefon</b>	
<b>Civilstånd?</b> Gift <input type="checkbox"/> Sambo <input type="checkbox"/>		<b>Är ni folkbokförda på samma adress?</b> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	
<b>Yrke/sysselsättning</b>		<b>Längd</b> cm	<b>Vikt</b> kg
<b>Hur länge har ni försökt få barn tillsammans?</b>			
<b>Rökning?</b> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Cigaretter/dag	<b>Snus?</b> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Doser/vecka	<b>Alkohol?</b> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Gånger/vecka	<b>Droger?</b> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vilka?
<b>Anabola steroider?</b> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vilka?			
<b>Finns det ärftliga sjukdomar i den närmaste familjen?</b> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja, vilka?			
<b>Har du några sjukdomar eller tidigare gått på läkarkontroll?</b> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>			
Hjärt/lungsjukdom <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Depression <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Buksjukdom <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Diabetes <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Gulsot (hepatit) <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Annan sjukdom <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
<b>Har du haft påssjuka?</b> <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Om ja, hade du svår testikelsvullnad?			
<b>Tar du några mediciner?</b> <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Om ja, vilka?			
<b>Har du några allergier?</b> <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Om ja, mot vad?			
<b>Har du haft några underlivsinfektioner?</b> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om Ja, vilken/vilka <input type="checkbox"/> Klamydia <input type="checkbox"/> Prostatit <input type="checkbox"/> Gonorré <input type="checkbox"/> Urinvägsinfektion			
<b>Har du genomgått någon underlivsoperation för t ex pung- eller ljumskbräck?</b> <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, om ja, var?			
<b>Har du tidigare genomgått någon barnlöshetsutredning eller IVF-behandling?</b> <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, om ja, när och var? Bedömdes spermaprovet som normalt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
<b>Har ni några gemensamma graviditeter?</b> <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Om ja, hur många?			
<b>Antal barn?</b>		<b>Födda år?</b>	
<b>Graviditet i annan relation?</b> <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		<b>Antal barn?</b>	<b>Födda år?</b>
Har du något mer att berätta och som du tror skulle kunna vara av värde för oss? (Skriv på baksidan)			