



Namn		Personnummer	
Ev. partners namn		Personnummer	
Adress		Hemtelefon/mobiltelefon	
Civilstånd? Gift <input type="checkbox"/> Sambo <input type="checkbox"/> Ensamstående <input type="checkbox"/>		Är ni mantalsskrivna på samma adress? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	
Yrke/sysselsättning		Längd _____ cm	Vikt _____ kg
Rökning? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> _____ cigaretter/vecka	Snus? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> _____ dosor/vecka	Alkohol? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> _____ gånger/vecka	Droger? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Vilka? _____
Finns det ärftliga sjukdomar i den närmaste familjen? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Om ja, vilka? _____			
Har du några sjukdomar eller tidigare gått på läkarkontroll? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>			
Blodpropp	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Buk- eller gynekologisk operation	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Blödningsbenägenhet	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Gynekologisk sjukdom	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Hjärt- eller lungsjukdom	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Njursjukdom	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Gulsot (hepatit)	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Depression (medicinskt behandlad)	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Diabetes	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Sköldkörtelsjukdom (ämnesomsättning)	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Tar du några mediciner? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Om ja, vilka? _____		Har du några allergier? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Om ja, mot vad? _____	
Är du vaccinerad mot:			
	Rubella (röda hund)	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
	Hepatit B	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Annan vaccination senaste halvåret? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Om ja, mot vad? _____			
Mensintervall? (antal dagar från mensens första dag till nästa mens första dag)			
Senaste mens?	Har du använt ägglossningstest?	Hur utföll testet? Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/>	
Är du behandlad för cellförändringar? (Koniserad)			
Har du haft underlivsinfektioner Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja, vilken? Klamydia <input type="checkbox"/> Gonorré <input type="checkbox"/> Annat <input type="checkbox"/>			
Har du tidigare genomgått någon barnlöshetsutredning, hormon- eller IVF-behandling? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>			
Om ja, vilken klinik? _____ När? _____ Antal gånger? _____			
Har du någon gång varit gravid?			
Antal barn?	Födda barn?	Om ja, var graviditet och förlossning normal?	
Har du rest utanför Europa det senaste halvåret? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Om ja, till vilket land? _____			
Sjukhusvårat utomlands de senaste 6 månaderna? nej/ja			
Hur fick du kännedom om vår klinik?			
Rekommendation <input type="checkbox"/> Google <input type="checkbox"/> Sociala medier <input type="checkbox"/> Annonser <input type="checkbox"/> Annat <input type="checkbox"/>			
Har du något mer att berätta och som du tror skulle kunna vara av värde för oss? (skriv på baksidan)			
Datum & Namnteckning			