

Hälsodeklaration gällande assisterad befruktning samkönat par:

Namn:.....

Personnummer: Telefon där vi når dig dagtid:

Jag samtycker till att Västerås IVF tar del av min journal hos andra vårdgivare

Ja Nej

Ditt samtycke behövs för att kunna göra en fullständig utredning och bedömning.

Hur länge har ni haft en relation? Sammanboende sedan?

Antal år med barnönskan:..... Vem av er är tänkt att genomgå behandling.....

Tidigare utredning eller behandling för ofrivillig barnlöshet:.....

Civilstånd: Gift Sambo

Arbete/sysselsättning.....

Ärftliga sjukdomar i familjen

Tidigare/nuvarande fysisk eller psykisk sjukdom:

.....

Tidigare könssjukdomar, gynekologiska hälsoproblem och eller operationer:

.....

Graviditeter i nuvarande relation:

Antal..... Missfall..... Abort..... Utomkvedshavandeskap..... Barn.....

Tidigare graviditeter:

Antal..... Missfall..... Abort..... Utomkvedshavandeskap..... Barn.....

Antal dagar från mensens första dag till nästa mens första dag:

Kortaste respektive längsta intervall vid oregelbunden mens:.....

Menssmärtor som kräver medicinering/sjukskrivning vid varje menstruation: Ja Nej

Nuvarande gynekologiska hälsoproblem:

Senast tagna cellprov: Avvikande Ja Nej

Aktuella läkemedel:

Överkänslighet:

Nuvarande eller tidigare missbruk av alkohol, läkemedel eller andra droger.

P.g.a. risk för smittsamma virus som kan påverka graviditet och behandling undrar vi om du de senaste 6 månaderna rest utomlands eller om du planerar någon resa framöver. I så fall när och vart?.....

Vikt: Längd:

Jag intygar härmed att informationen jag lämnat är sanningsenlig.

Datum..... Underskrift.....