

## Hälsodeklaration, Tudorkliniken gynmottagning (man)

Ditt namn:	Namn partner:
Personnummer:	Telefonnummer:

Civilstånd: Gifta <input type="checkbox"/> Sambo <input type="checkbox"/>	Hur länge har ni varit folkbokförda på samma adress?				
Yrke/sysselsättning:					
Längd:		Aktuell vikt:		BMI:	
Rökning:	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Snus:	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Alkohol:	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Hur mycket:	Hur länge:	Hur mycket:	Hur länge:	Hur mycket:	Hur länge:
Jag har gjort självtest med ett spermprov Resultat: positivt <input type="checkbox"/> negativt <input type="checkbox"/>					

Tidigare och/eller nuvarande sjukdomar	Nej	Ja	År	Tidigare och/eller nuvarande sjukdomar	Nej	Ja	År
Diabetes				Njursjukdom			
Hjärtsjukdom				Bukoperation			
Lungsjukdom				Underlivsoperation, ex ljumskbråck, testiklar, pungbråck			
Blödningsbenägenhet				Könssjukdom			
Reumatisk sjukdom				Depression (medicinskt behandlad)			
Gulsot				Annan allvarlig sjukdom			
Blodpropp							

<b>Andrologisk hälsodeklaration</b>			
Tar du några mediciner:	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Vilka:	
Har du någon allergi:	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Mot vad:	
Överkänslighet mot läkemedel:	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Vilka:	
Urinvägsinfektion:	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Senast när:	
Ömhet i testiklar/pung?	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Senast när:	
Graviditeter i tidigare förhållande:	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Antal graviditeter:	
Lämnat spermprov:	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	När:	Var:
Hur bedömdes spermprovet, så som du har fått besked? (tex normalt, få spermier m.m.):			
Barn:	Utomkvedshavandeskap:	Missfall:	Aborter:
Har du syskon?	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Är du IVF-barn?	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Har du behov av tolk?	Språk:		
Övrigt som vi bör veta om dig:			

Datum \_\_\_\_\_ Underskrift \_\_\_\_\_