



FALKENBERG GYNEKOLOGI

Hälsodeklaration – Infertilitet – Kvinna

Namn:		Personnr:							
Partners namn:		Personnr:							
E-mail:		Tel nr vi kan nå dig på:							
Civilstånd: gifta <input type="checkbox"/> sambo <input type="checkbox"/> Hur länge har ni varit mantalsskrivna på samma adress?									
Yrke/sysselsättning:									
Längd:				Aktuell vikt:					
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 per vecka:	
Tidigare och/eller nuvarande sjukdomar		Nej	Ja	År	Tidigare och/eller nuvarande sjukdomar		Nej	Ja	År
Diabetes					Njursjukdom				
Hjärtsjukdom					Bukoperation				
Lungsjukdom					Gynekologisk sjukdom				
Blödningsbenägenhet					Gynekologisk operation				
Reumatisk sjukdom					Könssjukdom, t ex klamydia				
Gulsot					Depression				
Blodpropp					Annan allvarlig sjukdom				
Gynekologisk hälsodeklaration									
Antal år av ofrivillig barnlöshet:									
I nuvarande förhållande: Antal graviditeter		Barn:		Missfall:		Utomkvedshavandeskap:		Aborter:	
I tidigare förhållande: Antal graviditeter		Barn:		Missfall:		Utomkvedshavandeskap:		Aborter:	
Antal dagar från mensens första dag till nästa mens första dag:									
Din senaste mens, datum:									
Tidigare hormonbehandling: Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vilken klinik:									
När: Antal gånger:									
När togs ditt senaste cellprov/cytologprov?:				Normalt: Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>					
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:					

Datum: _____ Underskrift: _____