



Hälsodeklaration – Infertilitet – Man

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"/>						
Hur mycket: Hur länge:			Hur mycket: Hur länge:						
Alkohol: Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>			Har du använt eller använder du anabola steroider						
Hur mycket per vecka			Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>						
Tidigare och/eller nuvarande sjukdomar		Nej	Ja	År	Tidigare och/eller nuvarande sjukdomar	Nej	Ja	År	
Diabetes					Njursjukdom				
Hjärtsjukdom					Bukoperation				
Lungsjukdom					Underlivsproblem t ex, ljumskbräck, pungbräck, testiklar				
Blödningsbenägenhet					Könssjukdom, t ex klamydia				
Reumatisk sjukdom					Depression				
Gulsot					Annat allvarlig sjukdom				
Blodpropp									
Andrologisk hälsodeklaration									
Urinvägsinfektion: Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>			senast när:		Ömhet i testiklar/pung: Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>				
Graviditet i tidigare förhållanden: Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>				Om ja antal graviditeter:					
Barn:		Missfall:		Utomkvedshavandeskap:		Aborter:			
Lämnat spermprov: Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>		När:		Var:					
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: _____