|  |  |
| --- | --- |
| Mannens namn | Personnummer |
| Partners namn  | Personnummer |
| Adress | Telefonnummer:E-mail adress: |
| Civilstånd Gift Sambo  |
| Yrke/sysselsättning: | Längd ………… cmVikt ……………. Kg |
| Var är du född (land)? | Geografiskt ursprung (var härstammar du från)? |
| Allvarliga/kroniska sjukdomar i närmaste familjen? Ja Nej Om ja, vilka? |
| **Tidigare/nuvarande sjukdomar** |
| Blodpropp Ja Nej  | Lungsjukdom Ja Nej  |
| Blödningsbenägenhet Ja Nej  | Njursjukdom Ja Nej  |
| Depression (behandlad) Ja Nej  | Reumatisk sjukdom Ja Nej  |
| Diabetes Ja Nej  | Sköldkörtelsjukdom Ja Nej  |
| Gulsot (hepatit) Ja Nej  | Ärftliga sjukdomar Ja Nej  |
| Hjärtsjukdom Ja Nej  | Andra sjukdom, allergier mm Ja Nej  |
| Tar du några mediciner? Ja Nej Om ja, vilka? | Har du några läkemedelsallergier? Ja Nej Om ja, mot vad? |
| Har du haft Påssjuka? Ja Nej Om ja, hade du svår testikelsvullnad? Ja Nej  |
| Har du genomgått någon underlivsoperation för t.ex. pung- eller ljumskbråck? Ja Nej Om ja, när och var? |
| **Riskbeteenden (krav från Socialstyrelsens föreskrift (SOSFS 2009:30))** |
| Alkohol Ja Nej Om ja, hur mycket intar du/vecka: | Rökning Ja Nej Cigaretter/dag: |
| Anabola steroider eller droger Ja Nej  | Snus Ja Nej Dosor/vecka: |
| Har du rest utomlands det senaste året? Ja Nej Om ja, när och var? |
| Har du vårdats eller utfört vårdarbete utomlands? Ja Nej Om ja, när och var? |
| Har du varit i situationer där du riskerat blodsmitta (t.ex. tatuering, akupunktur, injektionsmissbruk)? Ja Nej  |
| Har du varit i situationer där du riskerat sexuellt överförd smitta? Ja Nej  |
| **Inför utredningen** |
| Hur länge har ni försökt få barn tillsammans? |
| Har du gett upphov till graviditet i annan relation? Ja Nej Om ja, antal barn? Födda år? |
| Har du genomgått någon infertilitetsutredning eller IVF-behandling? Ja Nej Om ja, när och vilken klinik?  |
| Har du lämnat spermaprov? Ja Nej Om ja, bedömdes spermaprovet som normalt? Ja Nej  |
| Har du erektionsproblem? Ja Nej  |
| Har ni några gemensamma graviditeter? Ja Nej Om ja, hur många? Antal barn? Födda år? |
| Har du något annat som det är viktigt för oss att veta (t.ex. olyckshändelser utomlands, etc) Ja Nej Om ja, skriv här: |

|  |
| --- |
| **Genom min underskrift intygar jag att:** * Den information jag har lämnat är sanningsenlig
* Jag samtycker till att kliniken får ta del av mina journaler och provsvar från andra vårdgivare
* Jag har fått möjlighet att ställa frågor och fått tillfredställande svar
* Jag har förstått att redan befintlig smitta och sjukdom kan överföras till mottagaren (den som ska bära graviditeten) och eventuella barn vid fertilitetsbehandling
 |
| **Datum och Namnteckning** |