

Hälsodeklaration - man

Namn:		Personnummer:			
Partners namn:		Personnummer:			
E-mail:		Telefon:			
Yrke/sysselsättning:					
Rökning: nej o ja o Om ja, hur många cigaretter per dag?					
Snus: nej o ja o Om ja, hur många dosor snus per vecka?					
Alkohol? nej o ja o Om ja, hur många glas per vecka?					
Droger: nej o ja o Om ja, vilka droger?					
Längd:		Vikt:			
Tidigare och/eller nuvarande sjukdomar	Nej	Ja	Tidigare och/eller nuvarande sjukdomar	Nej	Ja
Diabetes			Njursjukdom		
Hjärtsjukdom			Bukoperation		
Lungsjukdom			Könssjukdom tex klamydia		
Blödningsbenägenhet			Depression (medicinskt behandlad)		
Reumatisk sjukdom			Underlivsoperation; testiklar eller bräck		
Gulsot			Annan allvarlig sjukdom, om ja vilken?		
Blodpropp					
Urinvägsinfektion nej o ja o		Ömhet i testiklar eller pung? nej o ja o			
Har du någon gång utfört en spermaprovsanalys? Om ja, vad visade provet?					
Antal år av ofrivillig barnlöshet:					
Antal graviditeter i nuvarande förhållande:			Antal barn:		
Antal graviditeter i tidigare förhållande:			Antal barn:		
Har du haft någon könssjukdom? nej o ja o		Om ja, vilken?			
Har du erektionsproblem? nej o ja o					

Hälsodeklaration – man

Har du någon kronisk sjukdom som kan vara smittsam? nej o ja o Om ja, vilken?	
Har du rest till något land de senaste 12 månaderna där risk för smittsamma sjukdomar, såsom tex Zikavirus, förekommer?	
Om ja, vilket land?	Vilken smittsam sjukdom?
Är du vaccinerad mot Hepatit B? nej o ja o Om ja, när?	
Har du de senaste 6 månaderna haft någon sexuell kontakt där du kan misstänka att du exponerats för smittsam sexuellt överförbar sjukdom?	
nej o ja o Om ja, när och vilken sjukdom?	
Använder du eller har du använt anabola steroider? nej o ja o Om ja, när?	
Tar du några mediciner: nej o ja o	Vilka:
Har du någon allergi: nej o ja o	Mot vad:
Överkänslighet mot läkemedel: nej o ja o Vilka:	
Samtycker du till att C-Medical Fertilitet GynHälsan får ta del av journaler rörande dig och din hälsa från andra vårdgivare?	
nej o ja o	
Datum:	Namnteckning: