

Fylls i av kvinnan:

Kvinnans Namn		Personnummer	
Partners Namn		Personnummer	
Adress		Hemtelefon/mobiltelefon	
Civilstånd? Gift <input type="checkbox"/> Sambo <input type="checkbox"/>		Är ni mantalsskrivna på samma adress? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
Yrke/sysselsättning		Längd cm	Vikt kg
Rökning? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Cigaretter/dag	Snus? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Dosor/vecka	Alkohol? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Gånger/vecka	Droger? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vilka?
Finns det ärftliga sjukdomar i den närmaste familjen? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Om ja, vilka?			
Har du några sjukdomar eller tidigare gått på läkarkontroll? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			
Blodpropp	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Buk- eller gynekologisk operation	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Blödningsbenägenhet	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Gynekologisk sjukdom	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Hjärt- eller lungsjukdom	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Njursjukdom	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Gulsot (hepatit)	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Depression (medicinskt behandlad)	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Diabetes	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Sköldkörtelsjukdom (ämnesomsättning)	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Tar du några mediciner? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja vilka?		Har du några allergier? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja, mot vad?	
Är du vaccinerad mot:		Rubella (röda hund)	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
		Hepatit B	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Annan vaccination senaste halvåret? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja, mot vad?			
Hur länge har ni försökt få barn tillsammans?			
Mensintervall? (antal dagar från mensens första dag till nästa mens första dag)			
Senaste mens?	Har du använt ägglossningstest?	Hur utföll testet? Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/>	
Är du behandlad för cellförändringar? (Koniserad)			
Har du haft några underlivsinfektioner? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, Om ja vilken <input type="checkbox"/> Klamydia <input type="checkbox"/> Gonorré <input type="checkbox"/> Annat			
Har du tidigare genomgått någon barnlöshetsutredning, hormon- eller IVF-behandling? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja, vid vilken klinik? När? Antal gånger?			
Har ni några gemensamma graviditeter?		Antal graviditeter i annan relation?	
Antal barn?	Födda år?	Om ja, var graviditet och förlossning normal?	
Har du rest utanför Europa det senaste halvåret? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Om ja, till vilket land?			
Sjukhusvårdad utomlands de senaste 6 månaderna? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			
Hur fick du kännedom om vår klinik? Rekommendation <input type="checkbox"/> Google <input type="checkbox"/> Sociala medier <input type="checkbox"/> Annons <input type="checkbox"/> Annat <input type="checkbox"/>			
Har du något mer att berätta och som du tror skulle kunna vara av värde för oss? (skriv på baksidan)			
Datum & Namnteckning			