

Namn		Personnummer	
Ev partners namn		Personnummer	
Adress		Hemtelefon/mobiltelefon	
Civilstånd? Gift <input type="checkbox"/> Sambo <input type="checkbox"/> Ensamstående <input type="checkbox"/>		Är ni mantalsskrivna på samma adress? Ja <input type="checkbox"/> Nej <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"/> Gångar/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?	
Mensintervall? (antal dagar från mensens första dag till nästa mens första dag)			
Senaste mens?	Har du använt ägglossningstest? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Hur utföll testet? Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/>	
Är du behandlad för cellförändringar? (Koniserad) Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja, vilket år?		Datum för senaste cellprov:	
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, när och vid vilken klinik? Antal gånger?			
Har du någon gång varit gravid? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja, antal barn? Födda år? Var graviditet och förlossning normal?			
Riskbeteende de senaste 6 månaderna (krav på frågor från Inspektionen för vård och omsorg, IVO)			
Vaccinerad? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja, när och mot vad?	Rest utomlands? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja, till vilket land?	Antal sexuella partners?	
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			