

Fylls i av mannen:

Mannens Namn		Personnummer	
Partners Namn		Personnummer	
Adress		Hemtelefon/mobiltelefon	
Civilstånd? Gift <input type="checkbox"/> Sambo <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?
Anabola steroider? 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			
Hjärt- eller lungsjukdom	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Depression	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Buksjukdom	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Diabetes	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Gulsot (hepatit)	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Annan sjukdom	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Har du haft påssjuka? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja, hade du svår testikelsvullnad?			
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:		Påssjuka	<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?			
Har du haft några underlivsinfektioner? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja, vilken/vilka? <input type="checkbox"/> Klamydia <input type="checkbox"/> Prostatit <input type="checkbox"/> Gonorré <input type="checkbox"/> Urinvägsinfektion			
Har du genomgått någon underlivsoperation för t ex pung- eller ljumsnbräck? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja, när och var?			
Hur länge har ni försökt få barn tillsammans?			
Har du tidigare genomgått någon barnlöshetsutredning eller IVF? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja, när och var?		Bedömdes spermaprovet som normalt? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
Har ni några gemensamma graviditeter? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja, hur många?			
Antal barn?		Födda år?	
Graviditet i annan relation? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Antal barn?		Födda år?	
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			