



göteborgs
KVINNOKLINIK

Mannens namn		Personnummer			
Kvinnans namn		Personnummer			
Adress		Tel hem/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	
Hur länge har ni försökt få barn?					
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"/> Gångor/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/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	Annand sjukdom	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Har du haft påssjuka? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Om ja, hade du svår testikelsvullnad?					
Tar du några mediciner? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Om ja, vilka?					
Har du några allergier? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Om ja, vilka?					
Har du haft några underlivsinfektioner? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, 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 ljumskbräck? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, om ja, var?					
Har du tidigare genomgått barnlöshetsutredning eller IVF? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, om ja, när och var?			Bedömdes spermprov som normalt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Har ni några gemensamma graviditeter? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Om ja, hur många?					
Antal barn?			Födda år?		
Graviditet i annan relation?		<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Antal barn?	Födda år?	
Hur fick du kännedom om vår klinik? <input type="checkbox"/> Rekommendation <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Annons <input type="checkbox"/> Annat					
Har du något mer att berätta som du tror skulle kunna vara av värde för oss? (Skriv på baksidan)					