

## Hälsodeklaration kvinna

Efternamn och förnamn		Personnummer	
Efternamn och förnamn (ev. partner)		Personnummer	
Adress		Tel	
Civilstånd: Gift <input type="checkbox"/> Sambo <input type="checkbox"/> Ensamstående <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"/> Cigaretter/dag	Droger: Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Gångar/vecka
Finns det ärftliga sjukdomar i den närmaste familjen Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja, vilka?			

Har du några sjukdomar eller tidigare gått på läkarkontroll?			
Blodpropp	Nej / Ja	Buk- eller gynekologisk operation	Nej / Ja
Blödningsbenägenhet	Nej / Ja	Gynekologisk sjukdom	Nej / Ja
Hjärt- eller lungsjukdom	Nej / Ja	Njursjukdom	Nej / Ja
Gulsot (hepatit)	Nej / Ja	Depression (medicinskt behandlad)	Nej / Ja
Diabetes	Nej / Ja	Sköldkörtelsjukdom (ämnesomsättning)	Nej / Ja

Tar du några mediciner? Nej / Ja		Har du några allergier? Nej / Ja	
Är du vaccinerad mot: Rubella (röda hund) Nej / Ja		Hepatit B Nej / Ja	
Annan vaccination senaste 6 månader? 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?	Hur utföll testet positivt / negativt	
När var senaste cellprov?	Är du behandlad för cellförändringar (koniserad), när?		
Har du haft några underlivsinfektioner? Nej / Ja. Om ja vilken <input type="checkbox"/> Klamydia <input type="checkbox"/> Gonorré <input type="checkbox"/> Annat			
Hur länge har du/ni försökt att få barn?			
Har du tidigare genomgått någon barnlöshetsutredning, hormon- eller IVF-behandling? Nej / Ja			
Om ja, vid vilken klinik?		När?	Antal gånger?
Har du någon gång varit gravid? Om ja, var gravitet och förlossning normal?			
Antal barn?		Födda år?	
Har du rest utanför Europa det senaste halvåret? Nej / Ja Om ja, vilket land?			
Sjukhusvårdad utomlands de senaste 6 månaderna? Nej / Ja			