

Hälsodeklaration Man

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?			
Hjärt-eller lungsjukdom	Nej / Ja	Depression	Nej / Ja
Buksjukdom	Nej / Ja	Diabetes	Nej / Ja
Gulsot (hepatit)	Nej / Ja	Annan sjukdom	Nej / Ja

Har du haft påssjuka? Nej / Ja		Om ja, hade du svår testikelsvullnad?	
Tar du några mediciner? Nej / Ja	Har du några allergier? Nej / Ja		Nej / Ja
Om ja, vilka?		Om ja, mot vad?	
Är du vaccinerad mot: Påssjuka Nej / Ja		Hepatit B Nej / Ja	
Annan vaccination senaste 6 månader? Nej / Ja Om ja, mot vad?			
Har du haft några underlivsinfektioner? Nej / Ja.			
Om ja, vilken? <input type="checkbox"/> Klamydia <input type="checkbox"/> Gonorré <input type="checkbox"/> Prostatit <input type="checkbox"/> Urinvägsinfektion			
Har du genomgått någon underlivsoperation för t ex pung- eller ljumskråk?			
Nej / Ja Om ja, när och var?			
Hur länge har du/ni försökt att få barn?			
Har du tidigare genomgått någon barnlöshetsutredning eller IVF-behandling? Nej / Ja			
Om ja, vid vilken klinik?		När?	Antal gånger?
Bedömdes spermaprovet som normalt? Nej / Ja			
Har ni några gemensamma graviditeter? Nej / Ja		Om ja, hur många?	
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			