



Stockholm IVF

Hälsodeklaration

Kvinnan

Namn:

Personnummer:

Partners personnummer:

Adress:

Postnummer:

Telefon dagtid:

Mobil:

Yrke:

Längd:

Vikt:

Är ni mantalsskrivna på samma adress:

Ja

Nej

Civilstånd

Singel:

Relation
Sedan:

Gift
Sedan:

Sambo
Sedan:

Frågor till kvinnan

Senaste mens:

Regelbunden mens: Ja

Nej

Antal cykeldagar:

Har du haft positiva ägglossningstest? ("Glad gubbe")

Ja

Nej

Är du behandlad för cellförändringar?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	
Har du haft någon könssjukdom?	Ja <input type="checkbox"/> Om ja, vilken?	Nej <input type="checkbox"/>	
Tar du några läkemedel regelbundet?	Ja <input type="checkbox"/> Om ja, vilka?	Nej <input type="checkbox"/>	
Har du några läkemedels allergier?	Ja <input type="checkbox"/> Om ja, mot vad?	Nej <input type="checkbox"/>	
Har du några kroniska sjukdomar/smitta?	Ja <input type="checkbox"/> Om ja, vilken?	Nej <input type="checkbox"/>	
Har du genomgått någon buk/gynekologisk kirurgi?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	
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"/> Glas/vecka	Droger? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vilka?
Har du tidigare genomgått någon infertilitetsutredning/behandling?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	
Om ja, vid vilken klinik?	Antal behandlingar:	Årtal:	
Tidigare graviditeter?	Ja <input type="checkbox"/> År: Antal:	Nej <input type="checkbox"/>	
Antal gemensamma graviditeter?			
Gemensamma barn?	Födda år?		
Har du några syskon och i så fall hur många?			
Vid vilken ålder fick din mor sitt sista barn?			

Har du varit i kontakt med sjukvård utanför Norden de senaste 6 månaderna?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Samtycker du till att Stockholms Kvinnoklinik får ta del av dina journaler från övriga vårdgivare?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>

Underskrift

Ort och datum

Hammarby Allé 93
120 63 Stockholm
08-420 036 09
www.stockholmivf.se