



Stockholm IVF

## Hälsodeklaration

### Manlig Partner

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 Manlig Partner

Tar du några läkemedel regelbundet?

Ja

Om ja, vilka?

Nej

Har du några läkemedels allergier?

Ja

Om ja, mot vad?

Nej

Har du några kroniska sjukdomar/smitta?		Ja <input type="checkbox"/> Om ja, vilken?	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 använt anabola steroider?		Ja <input type="checkbox"/> Om ja, när?	Nej <input type="checkbox"/>
Har du haft någon könssjukdom?		Ja <input type="checkbox"/> Om ja, vilken?	Nej <input type="checkbox"/>
Har du erektions problem?		Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Har du tidigare arbetat med lösningsmedel, strålning eller kemikalier?		Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Har du tidigare genomgått någon infertilitetsutredning/behandling? Om ja, vid vilken klinik?		Ja <input type="checkbox"/> Antal behandlingar:	Nej <input type="checkbox"/> Årtal:
Barn från tidigare relation?		Ja <input type="checkbox"/> Födda år?	Nej <input type="checkbox"/>
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](http://www.stockholmivf.se)