

Gäller för: Kvinnoklinik

Giltig från: 2024-09-18

Innehållsansvar: Asmaa Soubhi Said, (asmso), Överläkare

Giltig till: 2026-09-18

Godkänd av: Karolina Andersson, (karan56), Verksamhetschef

Infertilitetsutredning - hälsodeklaration för kvinnan

Namn.....

Personnummer.....

Telefon.....

Yrke.....

Vad heter din partner?

Namn.....

Personnr.....

Har du tidigare genomgått barnlöshetsutredning?

Ja Nej

Hur länge har du och din partner försökt få barn tillsammans?..... år.

Har du varit gravid?

Ja, hur många ggr..... Nej

Har du regelbundna menstruationer?

Ja Nej

Har du tidigare använt preventivmedel?

Ja Nej

När slutade du med preventivmedel.....

Har du haft någon gynekologisk infektion?

Ja Nej

Om ja, vilken/vilka.....

Har du några sjukdomar?

Ja Nej

Om ja, vilken/vilka.....

Har du genomgått någon operation?

Ja Nej

Om ja, vilken/vilka.....

Använder du några mediciner?

Ja Nej

Om ja, vilken/vilka.....

Har du allergi mot något läkemedel?

Ja Nej

Om ja, vilket/vilka.....

Har du haft sekretion (vätska) från bröstvårtorna?

Ja Nej

Har du besvär med ökad behåring på kroppen?

Ja Nej

Röker du?

Ja, antal cig/per dag..... Nej

Snusar du?

Ja, antal dosor/vecka..... Nej

Dricker du alkohol?

Ja Nej

Om ja, hur många ggr/veckan.....ggr/månad.....

Motionerar du regelbundet?

Ja Nej

Om ja, hur ofta och vilken aktivitet.....

Vikt.....kg

Längd.....cm

Datum.....

Namn.....

Information om handlingen

Handlingstyp: Blankettmall

Gäller för: Kvinnoklinik

Innehållsansvar: Asmaa Soubhi Said, (asmso), Överläkare

Godkänd av: Karolina Andersson, (karan56), Verksamhetschef

Dokument-ID: SAS9641-1173499273-86

Version: 5.0

Giltig från: 2024-09-18

Giltig till: 2026-09-18