

Gäller för: Kvinnoklinik

Innehållsansvar: Annicka Almén, (annal51), Barnmorska

Godkänd av: Karolina Andersson, (karan56), Verksamhetschef

Giltig från: 2024-09-04

Giltig till: 2026-09-04

Infertilitetsutredning – hälsodeklaration för mannen

Namn.....

Personnummer.....

Telefon

Yrke.....

Vad heter din partner?

Namn.....

Personnummer.....

Har du tidigare genomgått barnlöshetsutredning?

Nej Ja

Har du barn från tidigare relation?

Nej Ja

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

Har ni några gemensamma barn?

Nej Ja

Har du haft någon infektion i urinvägar/underliv?

Nej Ja

Om ja, vilken/vilka?.....

Har du haft pung- eller ljumskbråck?

Nej Ja

Har du några sjukdomar?

Nej Ja

Om ja, vilken/vilka?.....

Har du genomgått någon operation?

Nej Ja

Om ja, vilken/vilka?.....

Använder du några mediciner?

Nej Ja

Om ja, vilken/vilka?.....

Har du allergi mot något läkemedel?

Nej Ja

Om ja, vilket/vilka?.....

Har du använt anabola steroider?

Nej Ja

Röker du?

Nej Ja, antal per dag.....

Snusar du?

Nej Ja, antal dosor per vecka.....

Dricker du alkohol?

Nej Ja, hur många gånger/vecka.....gånger/månad.....

Vikt..... kg Längd.....cm

Datum.....

Namnteckning.....

Information om handlingen

Handlingstyp: Blankettmall

Gäller för: Kvinnoklinik

Innehållsansvar: Annicka Almén, (annal51), Barnmorska

Godkänd av: Karolina Andersson, (karan56), Verksamhetschef

Dokument-ID: SAS9641-1173499273-87

Version: 5.0

Giltig från: 2024-09-04

Giltig till: 2026-09-04