

### Egenremiss för infertilitetsutredning

Namn		Personnummer
Partner, namn		Partner, personnummer
Gatuadress	Postnummer	Ort
Tfn bostad	Tfn arbete	Tfn mobil
	Partner, tfn arbete	Partner, tfn mobil
Tolkbehov	Språk:	
Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>		
Hur länge har ni varit gifta/sammanboende?		
Hur länge har ni försökt få barn?		
Har ni gemensamma barn?	Har ni tidigare genomgått infertilitetsutredning?	
Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
	Var?	
	När?	
<b>FRÅGOR TILL KVINNAN</b>		
Längd	Vikt	
Mensintervall (från 1:a blödningsdag till nästa mens 1:a dag)		Antal blödningsdagar
Har Du varit gravid?	Barn:	
Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Barn: _____ Födelseår: _____ Födelseår:	
Missfall?	Aktuell relation <input type="checkbox"/> Annan relation <input type="checkbox"/>	
Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> När: _____		
Utomkvedshavandeskap?	Aktuell relation <input type="checkbox"/> Annan relation <input type="checkbox"/>	
Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> När: _____		
Legal abort?	Aktuell relation <input type="checkbox"/> Annan relation <input type="checkbox"/>	
Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> När: _____		
Är du frisk?		
Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>		
Har du någon gynekologisk sjukdom?		
Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> -Vad:		
<b>Psykisk ohälsa?</b>		
<input type="checkbox"/>		
Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> -Diagnos:		
<b>Är du opererad?</b>		
Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> -Vad:		
<b>Är du opererad?</b>		
Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> -Vad:		

Formatted: Bottom: 0.3"

Formatted: Right: 0.06", Border: Left: (Single solid line, Teal, 0.75 pt Line width, From text: 2 pt Border spacing: )

Formatted: Font: 10 pt, Bold

Formatted Table

Formatted

Formatted: Heading 3

Formatted: Font: Bold

Formatted: Font: Bold

Formatted: Normal

Formatted: Font: 10 pt

Formatted: Font: 10 pt

Formatted: Font: Bold

Äter du några mediciner?	
Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> -Vilken:	
<b>Nuvarande sjukdomar?</b>	
Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vilken:	
Läkemedelsallergi	Allergisk mot vad
Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
Övrigt	

Formatted: Font: Bold

Formatted: Font: Bold

FRÅGOR TILL MANNEN	
<u>Längd</u>	<u>Vikt</u>
Har du gett upphov till någon graviditet?	
Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> I tidigare förhållande eller i nuvarande relation:	
Är du tidigare frisk?	
Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
Har du genomgått någon operation?	
Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vilken typ av operation:	
<b>Psykisk ohälsa?</b>	
Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Diagnos: ,	
Äter du några mediciner?	
Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vilken:	
Läkemedelsallergi	Allergisk mot vad
Nej <input type="checkbox"/> -Ja <input type="checkbox"/>	
Övrigt	
Namnteckning sökande	Namnteckning partner
<u>Datum:</u>	<u>Datum:</u>
<u>Datum:</u>	<u>Datum:</u>

Formatted: Normal  
 Formatted: Font: 12 pt  
 Formatted Table

Kan komma med kort varsel

Formatted

**Undertecknad remiss skickas till:**  
 Reproduktionsmedicin  
 Blå Stråket 6  
 SU/Sahlgrenska  
 413 45 Göteborg  
 Tfn 031 342 35 71 (barnmorska) [Remissportalen](#)  
 Torggatan 1A  
 431 35 Mölndal

Ankomstdatum remiss:

**REMISSBEDÖMNING:**

Prover

Standard

Läkare

Barnmorska

Anteckningar:.....

REMISSBEDÖMNING

Prover

Standard

Övrigt .....  
.....  
.....  
.....

2013-04-29/2019-01-18/AN

REMISSBEDÖMNING

Prover

Standard

Övrigt: .....  
.....  
.....  
.....

2023-06-01/sp

Formatted: Right, Right: -0.49", Tab stops: 6.42", Right

Formatted: Right