

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 Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Språk:	
Hur länge har ni varit gifta/sammanboende?		
Hur länge har ni försökt få barn?		
Har ni gemensamma barn? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Har ni tidigare genomgått infertilitetsutredning? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
	Var?	
	När?	
FRÅGOR TILL KVINNAN		
Längd	Vikt	
Mensintervall (från 1:a blödningsdag till nästa mens 1:a dag)		Antal blödningsdagar
Har Du varit gravid? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Barn:	Födelseår:
Missfall? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> När: _____ Aktuell relation <input type="checkbox"/> Annan relation <input type="checkbox"/>		
Utomkvedshavandeskap? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> När: _____ Aktuell relation <input type="checkbox"/> Annan relation <input type="checkbox"/>		
Legal abort? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> När: _____ Aktuell relation <input type="checkbox"/> Annan relation <input type="checkbox"/>		
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: _____		
Psykisk ohälsa? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Diagnos: _____		
Är du opererad? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vad: _____		
Äter du några mediciner? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vilken: _____		
Nuvarande sjukdomar? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vilken: _____		
Läkemedelsallergi Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Allergisk mot vad	
Övrigt		

FRÅGOR TILL MANNEN		
Längd	Vikt	
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:		
Psykisk ohälsa?		
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		
Namn-teckning sökande	Namnteckning partner	
Datum:	Datum:	

Kan komma med kort varsel

Undertecknad remiss skickas till:

Remissportalen
Torggatan 1A
431 35 Mölndal

Ankomstdatum remiss:

REMISSBEDÖMNING

Prover

Standard

Övrigt:

.....

.....

.....