

Egenremiss avseende väntelista för behandling med spermiedonation

Namn		Personnummer
Gatuadress	Postnummer	Ort
Tfn bostad	Tfn arbete	Tfn mobil
Partner finns Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Hur länge har ni varit sammanboende/gifta?	
Partner, namn		Partner, personnummer
	Partner, tfn arbete	Partner, tfn mobil
Tolkbehov Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Om ja, språk	
ANAMNES		
Längd	Vikt	BMI
Mensintervall (från 1:a blödningsdag till nästa mens 1:a dag)		Antal blödningsdagar
Tidigare graviditeter/barn	Om barn: Med aktuell partner Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	
Läkemedelsallergi Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Allergisk mot vad	
Övrigt		
Namnteckning sökande		Namnteckning partner

Undertecknad remiss skickas till:

Remissportalen
Torggatan 1 A
431 35 Mölndal

Vid frågor kontakta:

Reproduktionsmedicin
Donationsmottagningen
Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Sahlgrenska
413 45 Göteborg
Tfn 031-342 37 84, tisdag och torsdag, kl. 13.30-15.30

Ankomstdatum remiss	Sign.
---------------------	-------