

Hälsodeklaration inför äggfrys

Namn:		Personnr:
E-mailadress:		
Yrke/sysselsättning:		
Närmast anhörig/ kontaktperson	Namn och tel.nr:	

Längd:	Aktuell vikt:	
Rökning nej <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> hur mycket? _____	Snus nej <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> hur mycket? _____	Alkohol? nej <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> hur mycket? _____

Tidigare och/eller nuvarande sjukdomar	Nej	Ja	År	Tidigare och/eller nuvarande sjukdomar	Nej	Ja	År
Diabetes				Njursjukdom			
Hjärtsjukdom				Bukoperation			
Lungsjukdom				Gynekologisk sjukdom			
Blödningsbenägenhet				Gynekologisk operation			
Reumatisk sjukdom				Könssjukdom t ex Chlamydia			
Gulsot				Depression (medicinskt behandlad)			
Blodpropp				Annan allvarlig sjukdom			

Antal graviditeter:	Barn:	Missfall:	Utomkvedshavandeskap:	Aborter:
Antal dagar från mensens första dag till nästa mens första dag:				
Datum för din senaste mens:				
Tidigare hormonstimulering nej <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> :				
När togs ditt senaste cellprov/cytologprov:			Normalt? ja <input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/>	
Tar du några mediciner: nej <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Vilka:				
Har du någon allergi: nej <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Mot vad:				
Överkänslighet mot läkemedel: nej <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Vilka:				
Övrigt som vi bör veta om dig:				

Datum _____ Underskrift _____