

Heilsufarssaga fyrir komu á LIVIO Reykjavík (maður)

Nafn:			Kennitala:																																																																		
Nafn maka:			Kennitala:																																																																		
Heimilisfang:																																																																					
Netfang:			Farsími:																																																																		
Sambúðarform: Gift <input type="checkbox"/> Skráð í sambúð <input type="checkbox"/>																																																																					
Starf:																																																																					
Hæð:			Þyngd:																																																																		
Reykingar? Nei <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Hversu mikið?																																																																					
Hve lengi?:																																																																					
Áfengi? Nei <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/>			Hefurðu eða notarðu vöðvaaukandi () stera ?																																																																		
Hversu mörg glös á viku?.....:			Nei <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/>																																																																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Fyrirverandi og/eða núverandi sjúkdómar.</th> <th>Nei</th> <th>Já</th> <th>Ár</th> <th>Fyrirverandi og/eða núverandi sjúkdómar.</th> <th>Nei</th> <th>Já</th> <th>Ár</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sykursýki</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Nýrnasjúkdómar</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Hjartasjúkdómar</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Opnar aðgerðir á búi</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Lugnasjúkdómar</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Aðgerðir nærri kynfærum, t.d. kviðslit, eistu</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Blóðstorkusjúkdómar</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Kynsjúkdómar, t.d. klamydía?</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gigtasjúkdómar</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Þunglyndi sem þarfnast meðferðar</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Lifrarsjúkdómar</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Aðrir alvarlegir sjúkdómar:</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Blóðtappi</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						Fyrirverandi og/eða núverandi sjúkdómar.	Nei	Já	Ár	Fyrirverandi og/eða núverandi sjúkdómar.	Nei	Já	Ár	Sykursýki				Nýrnasjúkdómar				Hjartasjúkdómar				Opnar aðgerðir á búi				Lugnasjúkdómar				Aðgerðir nærri kynfærum, t.d. kviðslit, eistu				Blóðstorkusjúkdómar				Kynsjúkdómar, t.d. klamydía?				Gigtasjúkdómar				Þunglyndi sem þarfnast meðferðar				Lifrarsjúkdómar				Aðrir alvarlegir sjúkdómar:				Blóðtappi							
Fyrirverandi og/eða núverandi sjúkdómar.	Nei	Já	Ár	Fyrirverandi og/eða núverandi sjúkdómar.	Nei	Já	Ár																																																														
Sykursýki				Nýrnasjúkdómar																																																																	
Hjartasjúkdómar				Opnar aðgerðir á búi																																																																	
Lugnasjúkdómar				Aðgerðir nærri kynfærum, t.d. kviðslit, eistu																																																																	
Blóðstorkusjúkdómar				Kynsjúkdómar, t.d. klamydía?																																																																	
Gigtasjúkdómar				Þunglyndi sem þarfnast meðferðar																																																																	
Lifrarsjúkdómar				Aðrir alvarlegir sjúkdómar:																																																																	
Blóðtappi																																																																					
Þvagfærasýkingar? Nei <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Síðast (hvenær?):																																																																					
Eymsli í eistum/pungi ? Nei <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/>																																																																					
Þunganir í fyrri samböndum? Nei <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/>			Fjöldi þungana?:																																																																		
Börn:	Fósturlát:	Utanlegsfóstur:		Fóstureyðingar:																																																																	
Farið í sæðisrannsókn? Nei <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Hvenær? Hvar?:																																																																					
Hvaða upplýsingar fékkstu um gæði sæðisprófsins? (t.d. eðlilegt, fáar sæðisfrumur, slæm hreyfigeta...):																																																																					
Tekurðu einhver lyf? Nei <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Hver?																																																																					
Hefðurðu ofnæmi fyrir einhverju? Nei <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Fyrir hverju?:																																																																					
Ofnæmi fyrir lyfjum? Nei <input type="checkbox"/> Já <input type="checkbox"/> Hverjum?:																																																																					
Annað sem við þurfum að vita um þig:																																																																					

Dags. _____

Undirskrift _____