

## Hälsodeklaration Man

Efternamn och förnamn		Personnummer	
Efternamn och förnamn (ev. partner)		Personnummer	
Adress		Tel	
Civilstånd: Gift <input type="checkbox"/> Sambo <input type="checkbox"/> Ensamstående <input type="checkbox"/>			
Yrke/sysselsättning		Längd (cm)	Vikt (kg)
Rökning: Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Cigaretter/dag	Snus: Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Dosor/vecka	Alkohol: Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Glas/vecka	Droger: Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Gånger/vecka
Finns det ärftliga sjukdomar i den närmaste familjen Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja, vilka?			

Har du några sjukdomar eller tidigare gått på läkarkontroll?			
Hjärt-eller lungsjukdom	Nej / Ja	Depression	Nej / Ja
Buksjukdom	Nej / Ja	Diabetes	Nej / Ja
Gulsot (hepatit)	Nej / Ja	Annan sjukdom	Nej / Ja

Har du haft påssjuka? Nej / Ja		Om ja, hade du svår testikelsvullnad?	
Tar du några mediciner? Nej / Ja Om ja, vilka?		Har du några allergier? Nej / Ja Om ja, mot vad?	
Har du några allergier?		Vad?	
Tidigare misbruk/Vad?			
Är du vaccinerad mot: Påssjuka Nej / Ja		Hepatit B Nej / Ja	
Annan vaccination senaste 6 månader? Nej / Ja Om ja, mot vad?			
Har du haft några underlivsinfektioner? Nej / Ja. Om ja, vilken? Klamydia Gonorré Prostatit Urinvägsinfektion			
Har du genomgått någon underlivsoperation för t ex pung- eller ljumsnbråk? Nej / Ja Om ja, när och var?			
Sexuella problem?/ Samlagsbesvär Ja		Nej	
Hur länge har du/ni försökt att få barn?			
Har du tidigare genomgått någon barnlöshetsutredning eller IVF-behandling? Nej / Ja Om ja, vid vilken klinik? När? Antal gånger?			
Bedömdes spermaprovet som normalt? Nej / Ja			
Har ni några gemensamma graviditeter? Nej / Ja		Om ja, hur många?	
Antal barn? Födda år?			
Har du rest utanför Europa det senaste halvåret? Nej / Ja Om ja, vilket land?			
Sjukhusvårdad utomlands de senaste 6 månaderna?		Nej / Ja	