

Fylls i av kvinnan:

Kvinnans Namn		Personnummer	
Partners Namn		Personnummer	
Adress		Hemtelefon/mobiltelefon	
Civilstånd? Gift ☐ Sambo ☐		Är ni mantalsskrivna på samma adress? Nej ☐ Ja ☐	
Yrke/sysselsättning		Längd cm	Vikt kg
Rökning? Nej ☐ Ja ☐ Cigaretter/dag	Snus? Nej ☐ Ja ☐ Dosor/vecka	Alkohol? Nej ☐ Ja ☐ Gångar/vecka	Droger? Nej ☐ Ja ☐ Vilka?
Finns det ärftliga sjukdomar i den närmaste familjen? ☐ Nej ☐ Ja Om ja, vilka?			
Har du några sjukdomar eller tidigare gått på läkarkontroll? ☐ Nej ☐ Ja			
Blodpropp	☐ Nej ☐ Ja	Buk- eller gynekologisk operation	☐ Nej ☐ Ja
Blödningsbenägenhet	☐ Nej ☐ Ja	Gynekologisk sjukdom	☐ Nej ☐ Ja
Hjärt- eller lungsjukdom	☐ Nej ☐ Ja	Njursjukdom	☐ Nej ☐ Ja
Gulsot (hepatit)	☐ Nej ☐ Ja	Depression (medicinskt behandlad)	☐ Nej ☐ Ja
Diabetes	☐ Nej ☐ Ja	Sköldkörtelsjukdom (ämnesomsättning)	☐ Nej ☐ Ja
Tar du några mediciner? Nej ☐ Ja ☐ Om ja vilka?		Har du några allergier? Nej ☐ Ja ☐ Om ja, mot vad?	
Mensintervall? (antal dagar från mensens första dag till nästa mens första dag)			
Senaste mens?	Har du använt ägglossningstest? Nej ☐ Ja ☐	Hur utföll testet? Positivt ☐ Negativt ☐	
Är du behandlad för cellförändringar? (Koniserad) Nej ☐ Ja ☐ Om ja, vilket år?		Datum för senaste cellprov:	
Har du haft några underlivsinfektioner? Nej ☐ Ja ☐ Om ja, vilken? ☐ Klamydia ☐ Gonorré ☐ Annat:			
Hur länge har ni försökt få barn tillsammans?			
Har du tidigare genomgått någon barnlöshetsutredning, hormon- eller IVF-behandling? Nej ☐ Ja ☐ Om ja, när och vid vilken klinik? Antal gånger?			
Har ni några gemensamma graviditeter? Nej ☐ Ja ☐ Om ja, antal barn? Födda år? Var graviditet och förlossning normal?			
Graviditet i annan relation? Nej ☐ Ja ☐ Om ja, antal barn? Födda år?			
Riskbeteende de senaste 6 månaderna (krav på frågor från Inspektionen för vård och omsorg, IVO)			
Vaccinerad? Nej ☐ Ja ☐ Om ja, när och mot vad?	Rest utomlands? Nej ☐ Ja ☐ Om ja, till vilket land?	Antal sexuella partners?	
Har du något mer att berätta och som du tror skulle kunna vara av värde för oss? (skriv på baksidan)			
Hur fick du kännedom om vår klinik? Rekommendation ☐ Google ☐ Sociala medier ☐ Annonser ☐ Ladies Circle ☐ GoFrendly ☐ Annat ☐ (skriv på baksidan)			
☐ Jag intygar att den information jag lämnat är sanningsenlig.			
Datum & Namnteckning			