



Fylls i av mannen:

<b>Mannens Namn</b>		<b>Personnummer</b>	
<b>Partners Namn</b>		<b>Personnummer</b>	
<b>Adress</b>		<b>Hemtelefon/mobiltelefon</b>	
<b>Civilstånd?</b> Gift <input type="checkbox"/> Sambo <input type="checkbox"/>		<b>Är ni mantalsskrivna på samma adress?</b> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	
<b>Yrke/sysselsättning</b>		<b>Längd</b> cm	<b>Vikt</b> kg
<b>Rökning?</b> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Cigaretter/dag	<b>Snus?</b> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Dosor/vecka	<b>Alkohol?</b> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Gångar/vecka	<b>Droger?</b> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vilka?
<b>Anabola steroider?</b> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vilka?			
<b>Finns det ärftliga sjukdomar i den närmaste familjen?</b> <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Om ja, vilka?			
<b>Har du några sjukdomar eller tidigare gått på läkarkontroll?</b> <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			
Hjärt- eller lungsjukdom	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Depression	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Buksjukdom	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Diabetes	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Gulsot (hepatit)	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Annan sjukdom	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
<b>Har du haft påssjuka?</b> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja, hade du svår testikelsvullnad?			
<b>Tar du några mediciner?</b> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja vilka?		<b>Har du några allergier?</b> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja, mot vad?	
<b>Är du vaccinerad mot:</b>		Påssjuka	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
		Hepatit B	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
<b>Annan vaccination senaste halvåret?</b> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja, mot vad?			
<b>Har du haft några underlivsinfektioner?</b> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja, vilken/vilka? <input type="checkbox"/> Klamydia <input type="checkbox"/> Prostatit <input type="checkbox"/> Gonorré <input type="checkbox"/> Urinvägsinfektion			
<b>Har du genomgått någon underlivsoperation för t ex pung- eller ljumsnbräck?</b> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja, när och var?			
<b>Hur länge har ni försökt få barn tillsammans?</b>			
<b>Har du tidigare genomgått någon barnlöshetsutredning eller IVF?</b> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja, när och var?		<b>Bedömdes spermaprovet som normalt?</b> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
<b>Har ni några gemensamma graviditeter?</b> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja, hur många?			
<b>Antal barn?</b>		<b>Födda år?</b>	
<b>Graviditet i annan relation?</b> Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Antal barn?		Födda år?	
<b>Har du rest utanför Europa det senaste halvåret?</b> <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Om ja, till vilket land?			
<b>Sjukhusvårdad utomlands de senaste 6 månaderna?</b> <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			
<b>Hur fick du kännedom om vår klinik?</b> Rekommendation <input type="checkbox"/> Google <input type="checkbox"/> Sociala medier <input type="checkbox"/> Annons <input type="checkbox"/> Annat <input type="checkbox"/>			
<b>Har du något mer att berätta och som du tror skulle kunna vara av värde för oss? (skriv på baksidan)</b>			
<b>Datum &amp; Namnteckning</b>			