



Nordic IVF Center

Kvinnans namn		Personnummer	
Mannens namn		Personnummer	
Adress		Tel hem/mobiltelefon	
Civilstånd? Gift <input type="checkbox"/> Sambo <input type="checkbox"/>		Är ni mantalsskrivna på samma adress? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	
Yrke/sysselsättning		Längd cm	Vikt kg
Hur länge har ni försökt få barn tillsammans?			
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"/> Gånger/vecka	Droger? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vilka?
Finns det ärftliga sjukdomar i den närmaste familjen? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Om ja, vilka?			
Har du några sjukdomar eller tidigare gått på läkarkontroll? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			
Blodpropp <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Buk- eller gynekologisk operation <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Blödningsbenägenhet <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Gynekologisk sjukdom <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Hjärt- eller lungsjukdom <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Njursjukdom <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Gulsot (hepatit) <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Depression (medicinskt behandlad) <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Diabetes <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Sköldkörtelsjukdom (ämnesomsättning) <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Tar du några mediciner? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja vilka?			
Har du några allergier? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja, mot vad?			
Mensintervall? (antal dagar från mensens första dag till nästa mens första dag)			
Senaste mens?	Har du använt ägglossningstest?	Hur utföll testet? Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/>	
Är du behandlad för cellförändringar? (Koniserad)			
Har du haft några underlivsinfektioner? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, Om ja vilken <input type="checkbox"/> Klamydia <input type="checkbox"/> Gonorré <input type="checkbox"/> Annat			
Har du tidigare genomgått någon barnlöshetsutredning, hormon- eller IVF-behandling? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja, vid vilken klinik? När? Antal gånger?			
Har ni några gemensamma graviditeter?		Antal graviditeter i annan relation?	
Antal barn?		Födda år?	
Om ja, var graviditet och förlossning normal?			
Hur fick du kännedom om vår klinik? Rekommendation <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Annons <input type="checkbox"/> Annat <input type="checkbox"/>			
Har du något mer att berätta och som du tror skulle kunna vara av värde för oss? (Skriv på baksidan)			