

Fylls i av kvinnan:

Kvinnans Namn		Personnummer	
Partnerns Namn		Personnummer	
Adress		Hemtelefon/mobiltelefon	
Civilstånd? Gift <input type="checkbox"/> Sambo <input type="checkbox"/>		Är ni mantalsskrivna på samma adress? Nej <input type="checkbox"/> Ja <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"/> Gångar/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? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Hur utföll testet? Positivt <input type="checkbox"/> Negativt <input type="checkbox"/>	
Är du behandlad för cellförändringar? (Koniserad) Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja, vilket år?		Datum för senaste cellprov:	
Har du haft några underlivsinfektioner? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja, vilken? <input type="checkbox"/> Klamydia <input type="checkbox"/> Gonorré <input type="checkbox"/> Annat:			
Hur länge har ni försökt få barn tillsammans?			
Har du tidigare genomgått någon barnlöshetsutredning, hormon- eller IVF-behandling? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja, när och vid vilken klinik? Antal gånger?			
Har ni några gemensamma graviditeter? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja, antal barn? Födda år? Var graviditet och förlossning normal?			
Graviditet i annan relation? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja, antal barn? Födda år?			
Riskbeteende de senaste 6 månaderna (krav på frågor från Inspektionen för vård och omsorg, IVO)			
Vaccinerad? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja, när och mot vad?	Rest utomlands? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Google <input type="checkbox"/> Sociala medier <input type="checkbox"/> Annonser <input type="checkbox"/> Ladies Circle <input type="checkbox"/> GoFriendly <input type="checkbox"/> Annat <input type="checkbox"/> (skriv på baksidan)			
<input type="checkbox"/> Jag intygar att den information jag lämnat är sanningsenlig.			
Datum & Namnteckning			