

Fylls i av mannen:

Mannens Namn		Personnummer	
Partners Namn		Personnummer	
Adress		Hemtelefon/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
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?
Anabola steroider? 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			
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	Annand sjukdom	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Har du haft påssjuka? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja, hade du svår testikelsvullnad?			
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?	
Har du haft några underlivsinfektioner? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja, vilken/vilka? <input type="checkbox"/> Klamydia <input type="checkbox"/> Gonorré <input type="checkbox"/> Prostatit <input type="checkbox"/> Urinvägsinfektion			
Har du genomgått någon underlivsoperation för t ex pung- eller ljumskbräck? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja, när och var?			
Hur länge har ni försökt få barn tillsammans?			
Har du tidigare genomgått någon barnlöshetsutredning eller IVF? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja, när och vid vilken klinik?		Bedömdes spermaprovet som normalt? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
Har ni några gemensamma graviditeter? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja, antal barn? Födda år?			
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?	
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"/> GoFrendly <input type="checkbox"/> Annat <input type="checkbox"/> (skriv på baksidan)			
Har du något mer att berätta och som du tror skulle kunna vara av värde för oss? (skriv på baksidan)			
<input type="checkbox"/> Jag intygar att jag förstått informationen om smitta och sjukdom som kan överföras via biologiskt material till mottagaren. Jag har getts möjlighet att ställa frågor och fått tillfredsställande svar på frågorna. Jag intygar att den information jag lämnat är sanningsenlig.			
Datum & Namnteckning			