

Hälsodeklaration

Behandling av personuppgifter i samband med hälsodeklaration

Nordic IVF behandlar de personuppgifter som lämnas av dig i samband med att du skickar in din hälsodeklaration. Uppgifterna sparas i vårt patientadministrativa system (journalssystem) och utgör sedan grund för ditt hälsointyg. För mer information om hur vi behandlar dina personuppgifter, se www.nordicivf.se/integritetspolicy.

Namn:		Personnummer:	
Eventuell partners namn och personnummer:			
Adress:			
Mobilnummer:		E-postadress:	
Civilstånd: Gift <input type="checkbox"/> Sambo <input type="checkbox"/> Ensamstående <input type="checkbox"/>		Om gift/sambo, är ni folkbokförda på samma adress? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
Yrke/sysselsättning:		Födelseort:	Längd: cm Vikt: kg

Nuvarande och tidigare sjukdomar

	Nej	Ja	Årtal		Nej	Ja	Årtal
Blodpropp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Depression (medicinskt behandlad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Blödningsbenägenhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Sköldkörtelsjukdom (ämnesomsättning)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hjärt- eller lungsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Buk- eller gynekologisk operation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Högt blodtryck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Gynekologisk sjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gulsot (hepatit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Sjukdom/operation i urinvägar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Underlivssjukdom (ex Klamydia, Gonorré, Prostatit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Reumatisk sjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Annan allvarlig sjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Njursjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Ärftliga sjukdomar i den närmaste familjen? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Om ja, vilka?				Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?			
Tar du några mediciner? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja vilka?		Några allergier? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja, mot vad?		Vaccinerad utöver vaccinationsprogrammet? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja, när och mot vad?			

Vanor och risker

Röker du? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Om ja, sedan hur länge?	Antal paket/ vecka
Snusar du? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Om ja, sedan hur länge?	Antal dosor/ vecka
Dricker du alkohol? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>		Om ja, antal standardglas/ vecka
Använder du droger? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Om ja, vilka och sedan hur länge?	
Använder du eller har du använt anabola steroider/testosteronpreparat? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja, när och hur länge?		
Kommer du eller dina föräldrar från, eller har du tidigare haft en intim relation med person från något av följande områden: Afrika, Syd-och Mellanamerika, Karibien, de små ögrupperna i Oceanien (Vanuatu, Solomonöarna m.fl), Rumänien, Iran eller Japan? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja, kommentera:		

Riskbeteende de senaste 6 månaderna:

Har du varit i situationer där du riskerat blodsmitta? (t ex injektionsmissbruk) Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Har du fått blodtransfusion, tatuerat eller piercat dig eller fått akupunktur? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>

Riskbeteende **de senaste 6 månaderna:**

Har du varit i situationer där du riskerat sexuellt överförd smitta? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Hur många sexualpartners har du haft? Antal:
Har du råkat ut för olyckshändelse som krävt sjukvård? Om ja, var och när?	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vilken typ av olycksfall?
Har du genomgått medicinska eller icke medicinska ingrepp? Om ja, var och när?	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vilken typ av ingrepp?
Har du vistats utomlands kortare eller längre tid? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja, var?	Om ja, har du vårdats eller arbetat inom sjukvård utomlands? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja, var?

Svara på de av följande frågor som är relevanta för dig:

Mensintervall? (antal dagar från mensens första dag till nästa mens första dag)			
Datum för 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) Om ja, vilket år?	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Datum för senaste cellprov:	
Har du haft påssjuka? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja, hade du svår testikelsvullnad?			
Ange följande i nuvarande relation: Hur länge har ni försökt få barn?			
Antal graviditeter:	Antal barn: Födda år:	Antal missfall:	Antal aborter:
Ange följande i tidigare relation:			
Antal graviditeter:	Antal barn: Födda år:	Antal missfall:	Antal aborter:
Ange följande som ensamstående:			
Antal graviditeter:	Antal barn: Födda år:	Antal missfall:	Antal aborter:
Var eventuell graviditet och förlossning normal? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om nej, på vilket sätt?			
Har du tidigare genomgått någon utredning eller behandling vid barnlöshet? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja, när och vid vilken klinik? Antal gånger?			
Bedömdes spermaprovet som normalt? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>			
Har du något mer att berätta och som du tror skulle kunna vara av värde för oss?			

Information till våra kliniker:

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"/> <input type="checkbox"/> Jag godkänner att Nordic IVF & Stockholm IVF får skicka e-post till mig gällande förfrågan om att skriva en recension. Din e-postadress kommer att raderas senast 6 månader efter angivet datum nedan, enligt vår integritetspolicy, se www.nordicivf.se/integritetspolicy

<input type="checkbox"/> Jag intygar att jag förstått informationen om att befintlig smitta och sjukdom kan överföras till mottagaren (den som avser att bära barnet) och eventuella barn vid fertilitetsbehandling. Jag har fått möjlighet att ställa frågor och fått svar. Jag intygar att den information jag lämnat är sanningsenlig. <input type="checkbox"/> Jag samtycker till att kliniken får ta del av mina journaler & provsvar från annan vårdgivare
Datum & namnteckning: