



Hälsodeklaration Kvinna

Namn: _____

Personnummer: _____

Partners namn: _____

Personnummer: _____

Gifta/Registrerad partner ☐ Ja ☐ Nej

Sambo ☐ Ja ☐ Nej

Hur länge har ni varit sammanboende: _____

Sysselsättning: _____

Rökning: ☐ Ja ☐ Nej Snusning: ☐ Ja ☐ Nej

Hur mycket? _____

vattenpipa: ☐ Ja ☐ Nej vape/Elcigg.: ☐ Ja ☐ Nej

Hur mycket? _____

Alkohol: ☐ Aldrig ☐ Måttligt Antal glas/vecka: _____ Annat: _____

Andra droger: ☐ Ja ☐ Nej Om ja, vad: _____

Tidigare och/eller nuvarande sjukdomar:	Ja	Nej	År:	Vilken? Annan kommentar.
Diabetes				
Hjärt-lungsjukdom (ex astma, högt blodtryck)				
Ämnesomsättningssjukdom (ex hypotyreos)				
Blödningsbenägenhet				
Reumatisk sjukdom				
Gulsot				
Blodpropp				
Njursjukdom				
Bukoperation (ex blindtarm)				
Övriga operationer				
Gynekologisk sjukdom				
Gynekologisk operation				
Könssjukdom (ex klamydia)				
Depression (medicinskt behandlad, annan psykiatrisk ohälsa)				
Annan allvarlig sjukdom				
Vårdnad/arbetat på sjukhus eller polikliniskt utomlands				

Tar du några mediciner: ☐ Ja ☐ Nej Vilka? _____

Har du någon allergi? ☐ Ja ☐ Nej Om ja, mot vad? _____

Överkänslighet mot läkemedel ☐ Ja ☐ Nej Om ja, mot vilka? _____



Hälsodeklaration Kvinna

Gynekologisk hälsodeklaration

Antal år av ofrivillig barnlöshet: _____

Graviditet i nuvarande förhållande: ☐ Ja ☐ Nej Antal graviditeter: _____

Barn: _____ Missfall: _____ Utomkvedshavandeskap: _____ Aborter: _____

Graviditet i tidigare förhållande: ☐ Ja ☐ Nej Antal graviditeter: _____

Barn: _____ Missfall: _____ Utomkvedshavandeskap: _____ Aborter: _____

Antal dagar från mensens första dag till nästa mens första dag: _____

Datum för senaste mens första dag: _____

När togs ditt senaste cellprov/cytologprov: _____ Normalt? ☐ Ja ☐ Nej

Fertilitetsutredning utförd: ☐ Ja ☐ Nej Om ja, var? _____

HSS (genomspolning av äggledare) utförd ☐ Ja ☐ Nej Om ja, var? _____

Tidigare hormonbehandling (t ex Letrozol) eller IVT ☐ Ja ☐ Nej

Antal gånger: _____ Vilken klinik: _____ När: _____

Övrigt som vi bör veta vad gäller dig:

Datum: _____

Underskrift: _____