

HÄLSODEKLARATION FÖR MANNEN INFÖR IVF-BEHANDLING

Namn:.....Pers.nr:.....-

Adress:.....

1. Har Du varit upphov till någon graviditet i nuvarande relation? Ja ☐ Nej ☐ , i tidigare relation? Ja ☐ Nej ☐

2. Har Dina spermaprover bedömts vara normala? Ja ☐ Nej ☐

om ej, förklara närmare:.....

3. Röker Du? Ja ☐ Nej ☐ Om ja ange hur många?:.....st cigaretter / dag

4. Snusar Du? Ja ☐ Nej ☐ Om ja ange hur många?:dosor / vecka

5. Hur mycket väger Du?.....kg. Hur lång är Du?.....cm

6. Ange eventuella sjukdomar:.....

7. Ange eventuella mediciner Du tar varje dag.....

8. Ange eventuella allergier:

9. Ange här övriga uppgifter som Du anser skulle kunna vara av värde för vår behandlande läkare:

.....

ANDRA FRÅGOR SOM NI GÄRNA FÅR SVARA PÅ:

Vad avgjorde Ert val av vår klinik?

☐ Annons Var?.....

☐ Hemsidan

☐ Väntetid

☐ Geografiskt läge

☐ Priset

Rekommendation av:

☐ Läkare/mottagning Vilken?.....

☐ Vänner/bekanta

Andra skäl till valet:.....

.....
Ort och datum

.....
Namnteckning

Tel E-postadress: