

Namn:				Personnr:			
Partners namn:				Personnr:			
Adress:							
Tel nr vi kan nå dig på:							
Civilstånd:	Gifta ☐	sambo ☐	Hur länge har ni haft en fast relation? År?				
Folkbokförd i Stockholmslän? Nej ☐ Ja ☐							
Yrke/sysselsättning:							
Rökning: Nej ☐ Ja ☐		Snus: Nej ☐ Ja ☐		Alkohol? Nej ☐ Ja ☐			
Hur mycket: Hur länge:		Hur mycket: Hur länge:		Hur mkt per vecka:			
Annat missbruk? Nej ☐ Ja ☐		Vad:		Aktuell vikt:		Längd:	
Ärftlighet:						BMI:	
Tidigare och/eller nuvarande sjukdomar	Nej	Ja	År	Tidigare och/eller nuvarande sjukdomar	Nej	Ja	År
Diabetes				Blodpropp			
Högt blodtryck				Njursjukdom			
Hjärtsjukdom				Bukoperation			
Lungsjukdom				Depression/Psykisk sjukdom (medicinsk behandlad)			
Blödningsbenägenhet							
Reumatisk sjukdom				Annan allvarlig sjukdom:			
Hepatit				Om ja, vad:			
Tar du några mediciner:		Nej ☐	Ja ☐	Vilka:			
Har du någon allergi:		Nej ☐	Ja ☐	Mot vad:			
Överkänslighet mot läkemedel:		Nej ☐	Ja ☐	Vilka:			

Gynekologisk hälsodeklARATION

Tidigare gynekologisk sjukdom		Nej ☐ Ja ☐	
Tidigare gynekologisk operation		Nej ☐ Ja ☐	
Tidigare könssjukdom t ex chlamydia		Nej ☐ Ja ☐	Självtest chlamydia via 1177 Nej ☐ Ja ☐
När togs ditt senaste cellprov/cytologprov:		Normalt? Nej ☐ Ja ☐	
Antal år av ofrivillig barnlöshet:			
I nuvarande förhållande			
Antal graviditeter:	Barn:	Missfall:	Utomkvedshavandeskap: Aborter:
I tidigare förhållande			
Antal graviditeter:	Barn:	Missfall:	Utomkvedshavandeskap: Aborter:
Antal dagar från mensens första dag till nästa mens första dag:		Hur många dagar blöder du?	
Din senaste mens datum:	Menssmärta: Ingen ☐ Lätt ☐ Måttlig ☐ Stark ☐		
	Mediciner:		
Har du tidigare använt preventivmedel?		Nej ☐ Ja ☐	Om Ja, vilka:
Om Ja, när slutade du med preventivmedlet?			
Har du tidigare genomgått barnlöshetsutredning		Nej ☐ Ja ☐	Vilken klinik:
Har du genomgått behandling för barnlöshet?		Nej ☐ Ja ☐	Vilken klinik:

Jag samtycker till att verksamheten tar del av ospärrade journaluppgifter hos andra vårdgivare när så bedöms nödvändigt för att kunna ge god och säker vård

Nej ☐ Ja ☐

För att säkerställa att partner inte förväxlas med annan person godkänner jag härmed att mitt namn och personuppgifter inklusive journaluppgifter vid behov dokumenteras i min partners journal

Nej ☐ Ja ☐

Underskrift: