



MELIVA

Hälsodeklaration - **Kvinna självstående**

Datum:

Namn:				Personnr:					
Adress:				Tel nr vi kan nå dig på:					
Yrke/sysselsättning:			Utdrag av folkbokföringsregistret från skatteverket Nej ☐ Ja ☐						
Ensamstående >1 år Nej ☐ Ja ☐			Vårdnadshavare till barn Nej ☐ Ja ☐						
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:					
		☐	☐						

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 ☐	
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 genomgått barnlöshetsutredning? Nej ☐ Ja ☐					
Tidigare insemination:		Nej ☐ Ja ☐		Vilken klinik:	
När:		Antal gånger:			
Tidigare hormonbehandling:		Nej ☐ Ja ☐		Vilken klinik:	
När:		Antal gånger:			
Tidigare IVF:		Nej ☐ Ja ☐		Vilken klinik:	
När:		Antal gånger:			

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 ☐

Underskrift:
