

Anmälningsformulär för man

Datum (åååå-mm-dd)

Klicka här för att ange datum.

Namn

Klicka här för att ange text.

Personnummer

Klicka här för att ange text.

E-postadress

Klicka här för att ange text.

Språk

Klicka här för att ange text.

Kommer du från ett annat land, i så fall hur länge har du vistats i Sverige?

Klicka här för att ange text.

Telefonnummer dagtid

Klicka här för att ange text. .

Mobilnummer

Klicka här för att ange text..

Yrke

Klicka här för att ange text.

Civilstånd

Klicka här för att ange text.

Partners namn

Klicka här för att ange text.

Partners personnummer

Klicka här för att ange text.

1.Hur länge har ni haft en stabil relation?

Mindre än 1 år ☐

1-2 år ☐ Längre än 2 år ☐

2. Hur länge har ni försökt få barn tillsammans?

Klicka här för att ange text.

3. Samlagsfrekvens per vecka

En gång eller färre ☐ 1-2 gånger ☐ Fler än 3 gånger ☐

4. Röker du?

Ja ☐ Nej ☐

5. Snusar du?

Ja ☐ Nej ☐

6. Vikt (kg)

Klicka här för att ange text.

7. Längd (cm)

Klicka här för att ange text.

8. Har du eller har du haft urologiska besvär?

Ja ☐ Nej ☐

Om ja, vilket/vilka besvär?

Klicka här för att ange text.

9. Har du genomgått någon urologisk operation?

Ja ☐ Nej ☐

10. Har du haft påssjuka?

Ja ☐ Nej ☐

11. Har du haft någon gynekologisk infektion/könssjukdom (t ex klamydia)?

Ja ☐ Nej ☐

Om ja, vilken/vilka?

Klicka här för att ange text.

12. Har du någon/några sjukdomar?Ja ☐ Nej ☐**Om ja, vilken/vilka?**

Klicka här för att ange text.

13. Tar du några mediciner?Ja ☐ Nej ☐**Om ja, vilken/vilka?**

Klicka här för att ange text.

14. Använder du naturläkemedel/kosttillskott?Ja ☐ Nej ☐**Om ja, vilket/vilka?**

Klicka här för att ange text.

15. Har du några allergier?Ja ☐ Nej ☐**Om ja, vilken/vilka?**

Klicka här för att ange text.

16. Har du tidigare genomgått barnlöshetsutredning och/eller IVF-behandling?Ja ☐ Nej ☐**Om ja, när och var?**

Klicka här för att ange text.

Om ja, vad blev resultatet?

Klicka här för att ange text.

Om ja, bedömde man dina spermaprov som normala?Ja ☐ Nej ☐**Om nej, förklara.**

Klicka här för att ange text.

17. Har du och din nuvarande partner gemensamma barn?

Ja ☐ Nej ☐

18. Har du barn med annan partner?

Ja ☐ Nej ☐

19. Har du något mer att berätta som du tror kan vara av värde för utredningen?

Klicka här för att ange text.

20. Jag accepterar att utredningsteamet kan ta del av journaluppgifter som är relevanta för utredningen och/eller beställa journalkopior från andra sjukhus:

Ja ☐ Nej ☐

21. Jag har läst igenom Region Norrbottens kriterier för utredning gällande barnönskan.

Ja ☐ Nej ☐