

Anmälningsformulär för samkönade par

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 haft barnönskan?

Klicka här för att ange text.

3. Röker du?

Ja ☐ Nej ☐

4. Snusar du?

Ja ☐ Nej ☐

5. Vikt (kg)

Klicka här för att ange text.

6. Längd (cm)

Klicka här för att ange text.

7. Har du regelbunden mens?

Ja ☐ Nej ☐ Jag har ingen mens ☐

8. Hur många dagar blöder du vid mens (om du har mens):

Klicka här för att ange text.

9. Om du har mens, ange datum för mensens första dag de senaste fyra månaderna om du kan, (annars se nästa fråga).

Klicka här för att ange datum.

Klicka här för att ange datum.

Klicka här för att ange datum.

Klicka här för att ange datum.

10. Ange hur många dagar du brukar ha mellan menstruationerna. Räkna från första blödningsdag till när nästa blödning startar.

Klicka här för att ange text.

11. Har du använt ägglossningstest?

Ja ☐ Nej ☐

12. Om ja, har du testats positivt?

Ja ☐ Nej ☐

Kommentar

12. Har du genomgått någon gynekologisk operation eller bukoperation?

Ja ☐ Nej ☐

Om ja, vilken/vilka och när?

Klicka här för att ange text.

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

Ja ☐ Nej ☐

Om ja, vilken/vilka:

14. Har du haft cellförändringar på livmodertappen?

Ja ☐ Nej ☐

Om ja, vilken behandling genomgick du och när?

15. Har du någon/några sjukdomar?

Ja ☐ Nej ☐

Om ja, vilken/vilka:

16. Tar du några mediciner?Ja ☐ Nej ☐**Om ja, vilken/vilka:****17. Använder du naturläkemedel/kosttillskott?**Ja ☐ Nej ☐**Om ja, vilket/vilka:****18. Har du några allergier?**Ja ☐ Nej ☐**Om ja, vilken/vilka:****19. Har du använt preventivmedel tidigare?**Ja ☐ Nej ☐**Om ja, vilket/vilka:****Om ja, när slutade du med preventivmedel?****Om ja, har du haft regelbunden mens efter att du slutade med preventivmedel?**Ja ☐ Nej ☐ Jag har inte haft mens ☐**Om du använt preventivmedel, men inte fått regelbunden mens efteråt, när återkom mensens (om du har mens)?****20. Har du tidigare genomgått barnlöshetsutredning och/eller IVF-behandling?**Ja ☐ Nej ☐

Om ja, när och var?

Om ja, vad blev resultatet?

21. Har du tidigare varit gravid?

Ja ☐ Nej ☐

Om ja, hur många graviditeter?

Om ja, var du frisk under graviditeten/graviditeterna?

Ja ☐ Nej ☐

Kommentar:

22. Har du haft missfall?

Ja ☐ Nej ☐

Om ja, när senast?

23. Har du genomgått abort?

Ja ☐ Nej ☐

24. Har du haft utomkvedshavandeskap?

Ja ☐ Nej ☐

Om ja, blev du opererad?

Ja ☐ Nej ☐

Om ja, när opererades du?

25. Har du och din nuvarande partner gemensamma barn?

Ja ☐ Nej ☐

26. Har du barn med annan partner?

Ja ☐ Nej ☐

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

28. Inför en eventuell behandling behöver vi veta vem av er som önskar genomgå behandlingen.

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

Ja ☐ Nej ☐

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

Ja ☐ Nej ☐