

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: