

Helseopplysningskjema mannen

Navn:		Personnr:	
Sivilstand: Gift <input type="checkbox"/>	Samboer <input type="checkbox"/>		
Røyking: Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Hvor mye: Hvor lenge:		Snus: Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Hvor mye: Hvor lenge:	
Alkohol: Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Hvor mye per uke:		Har du brukt eller bruker anabole steroider: Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
Høyde:cm Vekt:kg		Har du de siste 12 måneder arbeidet, vært innlagt eller behandlet på institusjon utenfor Norden? Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	

Tidligere og/eller nåværende sykdommer	Nei	Ja	År	Tidligere og/eller nåværende sykdommer:	Nei	Ja	År
Hjertelidelse				Nyresykdom			
Høyt blodtrykk				Underlivsoperasjon f.eks lyskebrokk, pungbrokk, testikler			
Lungelidelse				Urinveisbetennelser			
Astma				Kjønnsykdom f.eks clamidia			
Diabetes				Kusma i pungen			
Hormonforstyrrelser				Reumatoid artritt/becherew			
Epilepsi				Arvelige faktorer (f.eks. blodpropp, diabetes, kreft)			
Tarmsykdom				Psykiske lidelser			
Blødningssykdom				Andre sykdommer			
Blodpropp							

Antall år ufrivillig barnløs:år		
Tidligere graviditeter	Tidligere år	Nåværende forhold
Antall barn+fødeselsår:		
Antall spontane aborter og årstall:		
Antall søkt abort og årstall:		
Gravid utenfor livmor og årstall:		
Adoptert + kjønn og alder		
Levert spermprøve? Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Når:	Hvor:	
Hvordan ble spermprøven bedømt, om du har fått beskjed (f.eks normal, få spermier, nedsatt bevegelighet):		
Urinveisinfeksjon? Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Når:	Ømhet i testikler/pung: Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
Tar du noen medisiner? Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Hvis ja; hvilke?		
Har du noen allergier: Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Mot hva?		
Overfølsomhet mot medisiner: Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Hvis ja; hvilke?		
Jeg har tidligere vært innblandet i barnevernssak: Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>		
Annet som vi bør vite om deg:		

Dato/Sted..... Underskrift.....