

Helseopplysnings skjema

Navn:	Personnummer:
E-postadresse:	Tel mobil: OK med tekstmelding? Ja Nej
Adresse: Postnummer/By	
Hvorfor vil du bli sæddonor?	
Har du donert på annen klinikk? Nei Ja Hvis ja, hvor: Når?	
Øyefarge:	Hårfarge:
Lengde: cm	Vekt: kg
Har du gitt opphav till graviditet (er)? Nei Ja	Antall aborter?
Har noen av barna (hatt) medfødt sykdom eller funksjonsnedsettelse? Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
Hvor mange barn har du?	Når er barna født?
Har du fast partner nå? Nei Ja	Er du gift eller samboende? Nei Ja
Hvis ja, vet din partner at du vil donere? Nei Ja	
Etnisk opprinnelse mor: Etnisk opprinnelse far:	Har du bodd i utlandet?
Nåværende yrke/jobb:	
Har du eller har du hatt underlivssykdommer eller problemer med underlivet? Nei Ja Hvilken? Når?	
Har du eller har du hatt andre sykdommer? Nei Ja Hvilken? Når?	

Helseopplysnings skjema

Har du vært psykisk syk?

Nei Ja Beskriv

Når?

Gjelder det fortsatt?

Har du gjennomgått noen operasjon?

Nei Ja For hva? Når?

Har du hatt blodpropp?

Nei Ja Når?

Tar du medisiner regelmessig?

Nei Ja For hva?

Navn på medisin:

Er du allerisk?

Nei Ja For hva?

Røyker du?

Nei Ja

Snuser du?

Nei Ja

Drikker du alkohol? Hvis ja, hvor mange enheter per uke?

Nei Ja Sprit (cl) Vin (cl) Øl (cl)

Har du tatt narkotiske stoffer?

Nei Ja Hva?

Når?

Er du blodgiver?

Nei Ja Når?

Har du i løpet av siste tre måneder

Hatt sex med ny partner eller med andre enn din faste partner?

Nei Ja

Fått tatovering, piercing eller akupunktur?

Nei Ja

Fått blodoverføring?

Nei Ja

Vært i utlandet i mer enn 3 sammenhengende uker?

Nei Ja I så fall hvor

Vært på sykehus i utlandet?

Nei Ja I så fall hvor

Vært behandlet på sykehus i Norge?

Nei Ja I så fall for hva?

Fått vaksine

Nei Ja I så fall for hva?

Helseopplysnings skjema

Lever din mor?

Ja Nei Alder..... Har/hadde hun noen sykdommer? Nei Ja

Hvis ja, hvilke(n).....

Har/hadde din mors eventuelle søsken eller deres barn noen sykdommer? Nei Ja

Hvis ja, hvilke(n).....

Lever din far?

Ja Nei Alder.....Har/hadde han noen sykdommer? Nei Ja

Hvis ja, hvilke(n).....

Har/hadde din fars eventuelle søsken eller deres barn noen sykdommer? Nei Ja Vet ikke

Hvis ja, hvilke(n).....

Lever din mormor?

Ja Nei Alder..... Har/hadde hun noen sykdommer? Nei Ja

Hvis ja, hvilke(n).....

Har/hadde din mormors eventuelle søsken noen sykdommer? Nei Ja Vet ikke

Hvis ja, hvilke(n).....

Lever din morfar?

Ja Nej Alder.....Har/hadde han noen sykdommer? Nej Ja

Hvis ja, hvilke(n).....

Har/hadde din morfars eventuelle søsken noen sykdommer? Nej Ja Vet ikke

Hvis ja, hvilke(n).....

Lever din farmor?

Ja Nei Alder..... Har/hadde noen sykdommer? Nei Ja

Hvis ja, hvilke(n).....

Har/hadde din farmors eventuelle søsken noen sykdommer Nei Ja Vet ikke

Hvis ja, hvilke(n).....

Lever din farfar?

Ja Nei Alder..... Har/hadde han noen sykdommer? Nei Ja

Hvis ja, hvilke(n).....

Har/hadde din farfars eventuelle søsken noen sykdommer? Nei Ja Vet ikke

Hvis ja, hvilke(n).....

Helseopplysnings skjema

Har du søsken? Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Er de friske? Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Har du noen nær slektning som døde i ung alder? Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Hvis ja, hvem og årsak?	
Er det alkoholisme i din slekt? Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Hvis ja, hvem?	
Har noen nær slektning (hatt) medfødt sykdom eller funksjonsnedsettelse? Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Hvis ja, hvem og årsak?	
Har du eller noen i din slekt vært psykisk syk (f.eks. Schizofreni, ADHD eller annet)? Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
Har du eller noen i din slekt hatt en nevrologisk sykdom (f.eks. Parkinson, MS, ALS eller annet)? Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
Er det noen sykdom som mange i din slekt har? Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	

Skriv gjerne litt om dine interesser:

Ved min underskrift bekrefter jeg at:

- den informasjon jeg har gitt her er oppriktig og sannferdig
- jeg ikke kommer til å donere ved andre klinikker fremover
- at jeg har forstått at smitte og sykdommer kan overføres til mottager og eventuelle barn gjennom donerte sædceller
- jeg samtykker till at Livio Egg and Sperm Bank kan innhente utskrift av journalopplysninger ved om meg som er nødvendig

Navn med blokkbokstaver

Underskrift