

Helseopplysningskjema kvinnen

Navn:		Personnr:	
Adresse:		Telefonnummer:	
Ønsker fertilitetsutredning <input type="checkbox"/>		Ønsker behandling <input type="checkbox"/>	
Sivilstand: Gift <input type="checkbox"/>		Samboer <input type="checkbox"/>	
		Enslig <input type="checkbox"/>	
Dersom gift/samboer: Navn+ fødselsdato på partner:			
Navn og adresse på din Arbeidsgiver:			
Stillingstittel:			
Stillingsprosent:			
Navn fastlege:			
Navn og adresse fastlegekontor:			
Røyking: Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Snus: Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Alkohol: Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
Hvor mye: Hvor lenge:	Hvor mye: Hvor lenge:	Hvor mye per uke:	
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	Hvis ja, kommenter
Hjertelidelse				
Høyt blodtrykk				
Lungelidelse				
Astma				
Diabetes/sukkersyke				
Hormonforstyrrelser, skjoldbruskkjertel, annet				
Urinveisbetennelser				
Nyresykdom				
Gynekologisk sykdom				
Gynekologisk operasjon				
Bukoperasjon				
Tarmsykdom				
Blødningssykdom				
Blodpropp				
Epilepsi				
Arvelige faktorer (f.eks. blodpropp, diabetes, kreft)				
Reumatoid artritt/becherew				
Psykiske lidelser, anorrexia, bulimi, annet				
Andre sykdommer				

Antall år ufrivillig barnløs:år, om aktuelt		
Tidligere graviditeter	Tidligere forhold, om aktuelt	Nåværende forhold, om aktuelt
Antall barn + kjønn og fødselsår:		
Antall spontane aborter og årstall:		
Antall søkt abort og årstall		

Helseopplysningskjema kvinnen

Tidligere graviditeter	Tidligere forhold, om aktuelt	Nåværende forhold, om aktuelt
Gravid utenfor livmor og årstall		
Adoptert + kjønn og alder		
Dato siste 3 menstruasjoner:		
Tidligere hormonbehandling: Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Hvilken klinikk: Når: Antall ganger:		
Tidligere IVF: Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Hvilken klinikk: Når: Antall ganger:		
Når tok du celleprøve sist:		Normalt? Ja <input type="checkbox"/> Nei <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?		
Har du tidligere vært innblandet i barnevernssak: Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>		
Annet som vi bør vite om deg:		

Dato: Underskrift.....