

Helseopplysningskjema mannen

Navn:		Personnr:	
Adresse:		Telefonnummer:	
Ønsker fertilitetsutredning/sædanalyse <input type="checkbox"/> Ønsker kontroll etter sterilisering <input type="checkbox"/> Når sterilisert eller evt resterilisert: Ønsker nedfrysing av sæd <input type="checkbox"/> Oppgi grunn til frys av sæd:			
Gift <input type="checkbox"/> Samboer <input type="checkbox"/> Enslig <input type="checkbox"/>			
Ønsker behandling med partner <input type="checkbox"/>			
Navn og fødselsdato på partner:			
Stillingstittel:			
Navn på fastlege:			
Navn og adresse fastlegekontor:			
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	Kommenter hvis ja og når:
Hjertelidelse			
Høyt blodtrykk			
Lungelidelse			
Astma			
Diabetes			
Hormonforstyrrelser			
Epilepsi			
Tarmsykdom			
Blødningssykdom			
Blodpropp			
Nyresykdom			
Nyresykdom			
Underlivsoperasjon f.eks lyskebrokk, pungbrokk, testikler			
Ømhet i testikkel/pung			
Urinveisinfeksjon			
Kjønnssykdom f.eks clamydia			
Kusma i pungen			
Reumatoid artritt/becherew			
Arvelige faktorer (f.eks. blodpropp, diabetes, kreft)			
Psykiske lidelser			
Andre sykdommer			

Antall år ufrivillig barnløs:år, om aktuelt		
Tidligere graviditeter	Tidligere forhold, om aktuelt	Nåværende forhold, om aktuelt

Helseopplysningskjema mannen

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 bevegelse):		
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.....