

## Helseopplysnings skjema

Navn:		Personnr:	
Adresse:		Telefonnummer:	
Ønsker fertilitetsutredning <input type="checkbox"/>		Ønsker behandling <input type="checkbox"/>	
		Ønsker sædprøve/fryse sæd <input type="checkbox"/>	
Sivilstand: Gift <input type="checkbox"/>		Samboer <input type="checkbox"/>	
		Enslig <input type="checkbox"/>	
Dersom gift/samboer: Navn+ fødselsdato på partner:		Dersom to kvinner: Hvem planlegger å bli gravid?	
Arbeidsgiver (Navn og adresse):		Stillingstittel/Yrke:	
Navn og adresse fastlegekontor:		Navn fastlege:	
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 pr uke:      Hvor lenge:	Hvor mye per uke:      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"/>	
For kvinne: Regelmessig mens: Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>		For kvinne: Siste celleprøve (år):	
Ca antall dager fra 1.mensdag – 1.mensdag:		Normalt? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	
For mann: Levert sædprøve: Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>		For mann: Ømhet i testikkel/pung: Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
Resultat av sædprøve:		Brukt anabole steroider: Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	

Om tidligere og nåværende sykdommer (fyll ut dersom aktuelt):	Nei	Ja	År	Hvis ja, kommenter
Hjertelidelse				
Høyt blodtrykk				
Lungesykdom				
Astma				
Diabetes/sukkersyke				
Hormonforstyrrelser, skjoldbruskkjertel, annet				
Urinveisbetennelser				
Kjønns sykdom, f.eks klamydia				
Nyresykdom				
Underlivsoperasjon				
Gynekologisk sykdom				
Gynekologisk operasjon				
Bukoperasjon				
Tarmsykdom				
Blødningssykdom				
Blodpropp				
Epilepsi				
Arvelige faktorer (f.eks. blodpropp, diabetes, kreft)				
Reumatisk sykdom				
Psykiske lidelser, anorrexia, bulimi, annet				
Andre sykdommer eller operasjoner				

## Helseopplysnings skjema

Forts. Om tidligere og nåværende sykdommer (fyll ut dersom aktuelt):	Nei	Ja	År	Hvis ja, kommenter
Allergi/alvorlig allergisk reaksjon				
Faste medisiner, evt hva bruker du?				

Graviditeter, fyll ut om aktuelt:	Antall år barnløs	Antall graviditeter	Antall barn	Antall spontanabort	Gravid utenfor livmor, når:	Provosert abort, når:
Nåværende forhold						
Tidligere forhold						
Komplikasjoner tidligere graviditet						

Tidligere behandling barnløshet, fyll ut om aktuelt:	Hvor	Når	Antall behandlinger
Hormonbehandling			
IVF-behandling			
Inseminasjon			

<b>Har du tidligere vært innblandet i barnevernssak:</b> Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Hvis ja, kommenter:
<b>Annet vi bør vite om deg:</b>
<b>Hvordan fikk du vite om Livio:</b> Nettside <input type="checkbox"/> Venner <input type="checkbox"/> Gynekolog/fastlege <input type="checkbox"/> FB/Insta/Google <input type="checkbox"/> Anbefalt <input type="checkbox"/> Annet <input type="checkbox"/>

Dato: ..... Underskrift.....