

Vennligst fyll ut dette skjemaet og returner det til oss. Av personvern hensyn er det egne sider for kvinne og mann. Dersom dere har vært til behandling for ufrivillig barnløshet ved andre fertilitetsklinikker, må dere også kontakte disse klinikkene og få utskrift av journal derfra.

Kvinnens opplysninger

Navn:	Telefonnummer:
Fødselsnummer:	
Arbeidsgiver:	Stillingsprosent:
Yrke:	
Fastlege:	Legekantor:
Høyde: Vekt:	Allergier:
Operasjoner i underliv/mage:	Kjente sykdommer:
Sykluslengde (dager):	Faste medisiner:
Siste mens (dato):	
Rubellavaksinert (Røde hunder/MMR-vaksine) :	Ja Nei Usikker
Dersom du tidligere har vært til behandling ved annen fertilitetsklinikk:	
Siste ferske forsøk	Klinikk:
Egguttak (måned og år):	Resultat:
Siste fryseforsøk	Klinikk:
Egginnsett (måned og år):	Resultat:
Hvor mange forsøk har du hatt totalt?	
Ferske forsøk:	
Fryseforsøk:	
Dersom du har født barn:	
Fødselsmåte:	Vaginal fødsel Keisersnitt Annet:
Når sluttet du å amme (inkl delamming), måned/år:	
Når fikk du menstruasjonen tilbake, måned/år:	
MRSA (Multiresistente bakterier. Se informasjon fra folkehelseinstituttet for mer informasjon)	
Har du vært innlagt/vært til undersøkelse/vært til behandling ved helseinstitusjon utenfor Norden de siste 12 månedene?	Ja Nei
Har du jobbet ved en helseinstitusjon/barnehjem/flyktningeleir utenfor Norden de siste 12 månedene?	Ja Nei
Har det tidligere blitt påvist MRSA-bakterier hos deg?	Ja Nei

Ved å signere dette skjemaet bekrefter du at du har lest gjennom erklæringen og at opplysningene er korrekte.

Dato og signatur:

Mannens opplysninger

Navn: Fødselsnummer:	Telefonnummer:
Høyde: Vekt: Operasjoner i underliv/mage:	Allergier: Kjente sykdommer: Faste medisiner:
MRSA (Multiresistente bakterier. Se informasjon fra folkehelseinstituttet for mer informasjon)	
Har du vært innlagt/vært til undersøkelse/vært til behandling ved helseinstitusjon utenfor Norden de siste 12 månedene?	Ja Nei
Har du jobbet ved en helseinstitusjon/barnehjem/flyktningeleir utenfor Norden de siste 12 månedene?	Ja Nei
Har det tidligere blitt påvist MRSA-bakterier hos deg?	Ja Nei

Ved å signere dette skjemaet bekrefter du at du har lest gjennom erklæringen og at opplysningene er korrekte.

Dato og signatur:

Skjemaet fylles ut og sendes til avdelingen.