

## Bakgrundsinformation om mannen

Namn: \_\_\_\_\_ Personbeteckning: \_\_\_\_\_

Adress: \_\_\_\_\_

Postnummer: \_\_\_\_\_ Postanstalt: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ E-postadress: \_\_\_\_\_

Yrke/utbildning: \_\_\_\_\_

Partners namn: \_\_\_\_\_

Primärsjukdomar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Medicinering: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Allergier: \_\_\_\_\_

Vikt: \_\_\_\_\_ Längd: \_\_\_\_\_

Rökning:     Nej         Ja                      cigaretter/dag: \_\_\_\_\_

Alkoholportioner (per vecka, per månad): \_\_\_\_\_

Barnens födelseår i den nuvarande relationen: \_\_\_\_\_ Tidigare: \_\_\_\_\_

Missfall, år i den nuvarande relationen: \_\_\_\_\_ Tidigare: \_\_\_\_\_

Aborter, år i den nuvarande relationen: \_\_\_\_\_ Tidigare: \_\_\_\_\_

Utomkvedshavandeskap, år i den nuvarande relationen: \_\_\_\_\_ Tidigare: \_\_\_\_\_

Infektioner i urinvägarna och könsorganen: \_\_\_\_\_

Kirurgiska ingrepp i bukområdet och könsorganen: \_\_\_\_\_

Skador på urinvägarna och könsorganen: \_\_\_\_\_

Andra sjukdomar i könsorganen: \_\_\_\_\_

Hade testiklarna vandrat ner vid födseln?: \_\_\_\_\_

Ålder då puberteten började: \_\_\_\_\_

Påssjuka/vid vilken ålder?: \_\_\_\_\_

Exponeringar (t.ex. arbetsrelaterade, strålbehandling): \_\_\_\_\_

Ärftliga sjukdomar som förekommer i släkten: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

När inleddes försöken att bli gravid?: \_\_\_\_\_

Antal samlag i veckan: \_\_\_\_\_

Har sperman undersökts tidigare? Resultat?: \_\_\_\_\_

Tidigare barnlöshetsundersökningar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tidigare barnlöshetsbehandlingar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**IFYLLS VID BEHANDLING MED DONERADE KÖNSCELLER – EGNA EGENSKAPER**

Hårfärg: \_\_\_\_\_

Ögonfärg: \_\_\_\_\_

Hudfärg: \_\_\_\_\_

Etniskt ursprung: \_\_\_\_\_

**IFYLLS VID BEHANDLING MED DONERADE KÖNSCELLER – ÖNSKEMÅL OM DONATORNS EGENSKAPER**

Hårfärg: \_\_\_\_\_

Ögonfärg: \_\_\_\_\_

Hudfärg: \_\_\_\_\_

Etniskt ursprung: \_\_\_\_\_

**DATUM OCH UNDERSKRIFT**

\_\_\_\_\_