



Vilka?.....

Har du någon allergi?    Ja        Nej        Om ja, mot vad?.....

Överkänslighet mot läkemedel    Ja        Nej        Om ja, mot vilka?.....

(Blankett framtagen i enlighet med riktlinjer Region Halland och Sahlgrenska Universitetssjukhuset)

## Hälsodeklaration – Man/Partner

Andrologisk hälsodeklaration

Antal år av ofrivillig barnlöshet.....

Graviditet i nuvarande förhållande    Ja            Nej            Antal graviditeter.....

Barn..... Missfall..... Utomkvedshavandeskap..... Aborter.....

Graviditet i tidigare förhållande    Ja            Nej            Antal graviditeter.....

Barn..... Missfall..... Utomkvedshavandeskap..... Aborter.....

Spermaprov (datum och plats)..... Normalt    Ja        Nej

Övrigt som vi bör veta vad gäller dig.....

.....

.....

Datum.....

Underskrift.....

(Blankett framtagen i enlighet med riktlinjer Region Halland och Sahlgrenska Universitetssjukhuset)