

Velkommen til Fertilitetsseksjonen

Vennligst returner skjemaet **snarlig i utfylt stand til Fertilitetsseksjonen!**

Kvinnens navn: _____ F.nr. _____

Tlf.: _____ E-post, kvinne: _____

Yrke: _____ Stillingsprosent: _____

Arbeidsgiver: _____ NAV kontor: _____

Kvinnens fastlege: _____

Partners navn: _____ F.nr: _____

Tlf.: _____ E-post, partner: _____

Yrke: _____ Stillingsprosent: _____

Arbeidsgiver: _____ NAV kontor: _____

Partners fastlege: _____

Hjemmeadresse: _____

Samlivsform: Gift Samboere Siden, år: _____ Enslig:

Uten prevensjon siden, år: _____

Kvinnen: Høyde _____ Vekt _____ Partner: Høyde _____ Vekt _____

Menstruasjon: Regelmessig: Uregelmessig: Sykluslengde/blødningsdager: ____/____

Tidligere graviditeter (Antall): Kvinne _____ Partner _____

Tidligere fødsler (Antall): Kvinne _____ Partner _____

Felles graviditeter (Antall): _____ Felles fødsler: _____

Allergier: Kvinne: _____ Partner: _____

Medisiner: Kvinne: _____ Partner: _____

Kvinne: Røyk Snus Ingen Alkohol ant. enheter pr. uke _____ Ingen

Partner: Røyk Snus Ingen Alkohol ant. enheter pr. uke _____ Ingen

Har dere tidligere hatt behandling for barnløshet, og evt. hvor? _____

På forhånd takk for hjelpen!

OBS! Se baksiden!

SAMTYKKE TIL INNHENTING AV HELSEOPPLYSNINGER

Avdelingens leger er etter Bioteknologiloven forpliktet til å gjøre en medisinsk og psykososial vurdering om dere oppfyller lovkravene til assistert befruktning. Ved å signere her samtykker dere til at avdelingens leger kan innhente og utveksle helseopplysninger fra både kvinnens og partnerens fastlege, henviser og andre spesialister, samt innhente opplysninger fra begge journalsystem dersom det er nødvendig og relevant for vurderingen.

Vi er innforstått med at infertilitet er et parproblem, og at informasjon innhentes, utveksles og registreres som nevnt ovenfor:

Sted og dato:

Kvinne, f.nr.(11 siffer):

Kvinne, blokkbokstaver:

Kvinne (sign.)

Partner, f.nr. (11 siffer):

Partner, blokkbokstaver:

Partner (sign.)