**Mand Medicinsk Historie**

Navn \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cpr nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dags dato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Beskæftigelse \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mobil-nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Medicinske allergier \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Højde \_\_\_\_\_\_\_ cm Vægt \_\_\_\_\_\_\_ kg Rygning \_\_\_\_\_\_\_ stk./dag Alkohol \_\_\_\_\_\_\_ genst./uge

**Medicin**

Tager du medicin nu? Hvis ja, hvilken og for hvad?

**Fertilitetsoplysninger**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ja | Nej | Uddyb |
| Har du børn fra tidligere forhold? |  |  |  |
| Har der været aborter i tidligere forhold? |  |  |  |
| Er du tidligere undersøgt for sterilitet?  Hvis ja, hvor og hvornår |  |  |  |
| Har du haft gonore? |  |  |  |
| Har du haft chlamydia? |  |  |  |
| Har du haft udflåd fra urinrøret? |  |  |  |
| Har du taget anabole steroider? |  |  |  |

**Har du haft/eller har du:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ja | Nej | Uddyb |
| Åreknuder i pungen (udposninger)? |  |  |  |
| Vandbrok? |  |  |  |
| Urinvejslidelser? |  |  |  |
| Tilfælde med hævelse af pungen? |  |  |  |
| Ikke nedvandret testikel? |  |  |  |
| Brok? |  |  |  |
| Fåresyge? | Ja | Nej | Uddyb |
|  | Ja | Nej | Uddyb |
| Gulsot? |  |  |  |
| Hjertesygdomme? |  |  |  |
| Forhøjet blodtryk? |  |  |  |
| Hyppig hovedpine eller migræne? |  |  |  |
| Lidelser i blærehalskirtel? |  |  |  |
| Lungesygdomme? |  |  |  |
| Malaria? |  |  |  |
| Mave- eller tarmsygdomme? |  |  |  |
| Stofskiftesygdomme? |  |  |  |
| Sukkersyge? |  |  |  |

# Har du rejst i Zika-virus berørte områder indenfor de seneste 3 mdr.? Ja\_\_\_\_\_ Nej \_\_\_\_\_

(Ex. Sydamerika, Asien, nogle afrikanske lande)

**Kan du have været udsat for smitte med andre sygdomme, eksempelvis Abekopper: Ja\_\_\_\_\_ Nej \_\_\_\_\_**

Andet \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Livsstil/arbejdsmiljø**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ja | Nej | Uddyb |
| Har du været udsat for bestråling? |  |  |  |
| Har du været udsat for helbredsskadelige stoffer? |  |  |  |
| Har du skifteholdsarbejde |  |  |  |
| Har du specielle kostvaner |  |  |  |
| Dyrker du motion |  |  |  |

Hvor mange timer sover du i ca. i døgnet? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Samtykkeerklæring**Undertegnede giver hermed tilladelse til, at Juno IVF, må videregive oplysninger om min diagnose, behandling og undersøgelsesresultater, i forbindelse med min behandling i Juno IVF, til min egen læge, speciallæge eller sygehus.

Som dataansvarlig er Juno IVF forpligtet til at orientere dig om, at dine personlige helbredsoplysninger opbevares i mindst 10 år i klinikken. Du har ret til at se og få udleveret de oplysninger, der er registreret om dig. Du kan ligeledes bede om at få forkerte oplysninger rettet. Et samtykke til videregivelse af oplysninger kan trækkes tilbage. Dette skal dog ske skriftligt.

Jeg giver endvidere samtykke til, at Juno IVF må sende mig beskeder via e-boks.

Dato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Underskrift \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_