

## Hälsodeklaration 1 för spermadonatorer

Namn:	Personnummer:	
E-mailadress:	Tfn mobil: OK med sms? Ja Nej	
Adress: Postnummer/Ort:		
Varför vill du bli donator?		
Vilken Livio-klinik önskar du att donera vid? Malmö Göteborg Kungsholmen Gärdet Umeå Falun		
Har du tidigare donerat spermier på annan klinik? Nej Ja Om ja, ange vid vilken klinik: När?		
Ögonfärg: Längd: cm	Hårfärg: Vikt: kg	Hudfärg:
Har du gett upphov till graviditet (er)? Nej Ja	Antal missfall?	
Har något av barnen (haft) medfödd sjukdom eller funktionshinder? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>		
Hur många barn har du?	När är barnen födda?	
Har du fast partner nu? Nej Ja	Är du gift eller sammanboende? Nej Ja	
Om ja, vet din partner om att du vill donera?	Nej Ja	
Etnisk tillhörighet/härstammar från:	Har du varit bosatt utomlands?	
Nuvarande yrke/sysselsättning:		
Har du eller har du haft underlivssjukdomar eller underlivsbesvär? Nej Ja Vilka/vilken? När?		
Har du eller har du haft andra sjukdomar (som föranlett sjukhusvård eller kontrollbesök)? Nej Ja Vilka/vilken?		

## Hälsodeklaration 1 för spermadonatorer

Har du lidit av psykisk ohälsa? Nej Ja Beskriv När? Gäller detta fortfarande?
Har du genomgått någon operation? Nej Ja Vilka/vilken? När?
Har du haft blodpropp? Nej Ja När? I vilket sammanhang?
Tar du regelbundet mediciner? Nej Ja Vilka/vilken?
Har du någon allergi? Nej Ja Mot vad?
Röker du? (Som spermiedonator får man inte röka) Nej Ja
Snusar du? Nej Ja
Dricker du alkohol? Om ja, hur mycket alkohol intar du/vecka? Nej Ja Starksprit (cl) Vin (cl) Öl (cl)
Har du någon gång använt narkotika/droger? Nej Ja Vad? När?
Är du blodgivare? Nej Ja Var? När?
<b>Har du sista tre månaderna</b> haft sex med ny partner eller med annan ej fast partner? Nej Ja skaffat tatuering, piercing eller fått akupunktur? Nej Ja fått blodtransfusion? Nej Ja vistats utomlands mer än tre veckor i sträck? Nej Ja I så fall var haft kontakt med sjukvård utomlands? Nej Ja I så fall var behandlats på sjukhus i Sverige? Nej Ja I så fall för vad vaccinerats? Nej Ja I så fall för vad

## Hälsodeklaration 1 för spermadonatorer

**Lever din mor?**Ja  Nej  Ålder..... Har/hade hon sjukdom Nej  Ja 

Om ja, vilken.....

Har din mors syskon eller deras barn någon sjukdom Nej  Ja 

Om ja, vilken.....

**Lever din far?**Ja  Nej  Ålder..... Har/hade han sjukdom Nej  Ja 

Om ja, vilken.....

Har din fars syskon eller deras barn någon sjukdom Nej  Ja 

Om ja, vilken.....

**Lever din mormor?**Ja  Nej  Ålder..... Har/hade hon sjukdom Nej  Ja 

Om ja, vilken.....

Har/hade din mormors eventuella syskon någon sjukdom Nej  Ja 

Om ja, vilken.....

**Lever din morfar?**Ja  Nej  Ålder..... Har/hade han sjukdom Nej  Ja 

Om ja, vilken.....

Har/hade din morfars eventuella syskon någon sjukdom Nej  Ja  Vet ej 

Om ja, vilken.....

**Lever din farmor?**Ja  Nej  Ålder..... Har/hade hon sjukdom Nej  Ja 

Om ja, vilken.....

Har/hade din farmors eventuella syskon någon sjukdom Nej  Ja  Vet ej 

Om ja, vilken.....

**Lever din farfar?**Ja  Nej  Ålder..... Har/hade han sjukdom Nej  Ja 

Om ja, vilken.....

Har/hade din farfars eventuella syskon någon sjukdom Nej  Ja  Vet ej 

Om ja, vilken.....

## Hälsodeklaration 1 för spermadonatorer

Har du syskon? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Är de friska? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Har någon nära släkting avlidit i ung ålder? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja, vem och av vad?	
Finns det alkoholism i din släkt? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja, vem?	
Har någon nära släkting (haft) medfödd sjukdom eller funktionshinder? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Om ja, vem och vad?	
Har du eller någon släkting lidit av en psykisk sjukdom (tex Schizofreni, ADHD eller annat)? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
Har någon släkting lidit av en neurologisk sjukdom (tex Parkinson, MS, ALS eller annat)? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
Finns det någon sjukdom som flera i din släkt har? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	

**Skriv gärna lite om dina intressen:**

**Genom min underskrift intygar jag att:**

- den information jag har lämnat är sanningsenlig
- jag har förstått att smitta och sjukdom kan överföras till mottagaren och eventuella barn genom donerade könsceller
- jag samtycker till att kliniken får ta del av mina journaler