

Hälsodeklaration 2 för donator av ägg eller spermier	
Namn	Personnummer
Ändring av telefon eller e-postadress	
Egen häsohistoria	
Har det hänt något beträffande din hälsa efter föregående besök?	
Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vad?	
Har du efter föregående provtagning	
haft sex med ny partner eller med annan ej fast partner? (Ange kommentar, t.ex. när, var)	
Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
skaffat tatuering, piercing eller fått akupunktur?	
Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
fått blodtransfusion?	
Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
vistats utomlands mer än tre veckor i sträck?	
Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
haft kontakt med sjukvård utomlands?	
Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
behandlats på sjukhus i Sverige?	
Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
utsatts för risk för blodsmitta?	
Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	
Eventuell kommentar till hälsodeklarationen	
Genom min underskrift intygar jag att:	
<ul style="list-style-type: none"> • den information jag har lämnat är sanningsenlig • jag har förstått att smitta och sjukdom kan överföras till mottagaren och eventuella barn genom donerade äggceller • jag har fått möjlighet att ställa frågor och jag har fått svar på mina frågor • jag samtycker till att kliniken får ta del av mina journaler 	
Datum	Namnteckning