|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Hälsodeklaration 2 för donator av ägg eller spermier | | | |
| Namn | | Personnummer | |
| Ändring av telefonnummer? | Ändring av e-postadress? | |  |
| **Egen hälsohistoria**  Har det hänt något beträffande din hälsa efter föregående besök?  Nej □ Ja □ Vad? | | | |
| **Har du efter föregående provtagning:** (Ange kommentar, t.ex. när, var)  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 □  haft kontakt med sjukvård utomlands?  Nej □ Ja □ …………………………………………………………………………………………………..  behandlats på sjukhus i Sverige?  Nej □ Ja □ …………………………………………………………………………………………………..  utsatts för risk för blodsmitta?  Nej □ Ja □ …………………………………………………………………………………………………..  deltagit i medicinsk studie/läkemedelsstudie?  Nej □ Ja □ ………………………………………………………………………………………………….. | | | |
| **Eventuell kommentar till hälsodeklarationen** | | | |
|  | | | |
| **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 ägg/spermier  · 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 | | | |