|  |
| --- |
| 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 genomdonerade 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 |