

# 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?
<b>Har du efter föregående provtagning: (ange kommentar, t.ex. när, var, vad etc.)</b>
– varit med om någon olyckshändelse som krävt sjukvård? Nej Ja
– behandlats eller vårdats på sjukhus av någon annan orsak eller genomgått något medicinskt ingrepp (t.ex. tandoperation)? Nej Ja
– tagit några mediciner? Nej Ja
– vistats utomlands under kortare eller längre tid? Nej Ja
– Om ja, har du vårdats eller arbetat inom sjukvård utomlands? Nej Ja
– genomgått något icke-medicinskt ingrepp (t.ex. skaffat tatuering, piercing, fått akupunktur eller gjort en skönhetsoperation)? Nej Ja
– vaccinerats? Nej Ja
– fått blodtransfusion? Nej Ja
– haft sex med ny partner eller med annan ej fast partner? Nej Ja
– varit i någon annan situation där du riskerar blodsmitta? (T.ex. stickskada, injektionsmissbruk, sexuellt riskbeteende)? Nej Ja



Namn	Personnummer
------	--------------

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*
- *jag samtycker till att mina uppgifter sparas i registret för donatorer av könsceller*

Datum: ..... Namnteckning: .....

