

# 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)</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
– 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



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

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

