

Velkommen til Fertilitetsavdelingen Sør.

Ta med gyldig legitimasjon for ID-sjekk!

Vennligst send oss utfylt skjema og bilder av begge i god tid før konsultasjonen!

Kvinnens navn: _____ F.nr. _____

Tlf: _____ Yrke: _____ Stillingsprosent: _____

Arbeidsgiver: _____ NAV kontor: _____

Mannens navn: _____ F.nr. _____

Tlf: _____ Yrke: _____ Stillingsprosent: _____

Arbeidsgiver: _____ NAV kontor: _____

Hjemmeadresse: _____

| | | | |
|---|---|--|---------------------------------------|
| Samboere i ekteskapslignede forhold siden år _____ | Gift siden år _____ | Ikke gift <input type="checkbox"/> | Varighet av barnløshet siden år _____ |
| Kvinnen: Høyde _____ Vekt _____ | Kvinnens fastlege/legekontor (adresse): | | |
| Mannen: Høyde _____ Vekt _____ | Mannens fastlege/legekontor (adresse): | | |
| Tidligere behandling for ufrivillig barnløshet? JA/NEI. Hvis ja, hvor: _____ | | | |
| <u>MRSA (Multiresistente bakterier. Se www.fhi.no for mer informasjon):</u> | | | |
| Har en av dere vært innlagt/ vært til undersøkelse/ vært til behandling ved helseinstitusjon utenfor Norden siste 12 mnd: Ja/Nei | | Har en av dere jobbet ved en helseinstitusjon/ barnehjem/ flyktningeleir utenfor Norden siste 12 mnd?: Ja/Nei | |
| Har det tidligere blitt påvist MRSA-bakterier hos en av dere?: Ja/Nei | | | |
| Jeg bekrefter at jeg har lest dette skjemaet over, og at opplysningene er korrekte | | | |
| Signatur Kvinnen: _____ | | Signatur Mannen _____ | |
| Dato for utfylt skjema og innsending av bilder: _____ | | | |