

## Egenerklæring om helse -kvinnen

Velkommen til oss!

Dette skjemaet skal fylles ut av pasienter som enten:

\*Har vært til prøverørsbehandling ved annen fertilitetsavdeling og nå søker om overflytting til oss.

\*Har hatt 1 år eller lenger pause i fertilitetsbehandling uansett årsak.

\*Har født barn etter prøverørsbehandling.

Av personvern hensyn er det egne sider for kvinne og mann. Vennligst send oss utfylt skjema per post eller CRYPHO.

Dersom du har vært til utredning eller behandling for ufrivillig barnløshet ved andre fertilitetsavdelinger, må du også kontakte disse avdelingene og få utskrift av journal derfra. Denne journalen sender du til oss med post snarest mulig.

Ved å signere på linjen under bekrefter du at du har lest gjennom erklæringen og at opplysningene under er korrekte

**Kvinnens navn:** \_\_\_\_\_ **F.nr.** \_\_\_\_\_ **Dato og Signatur:** \_\_\_\_\_

<u>Dersom du tidligere har vært til prøverørsforsøk ved annen fertilitetsavdeling:</u>	
Siste ferske forsøk: Klinikk: _____ Måned og år for egguttak: _____ Gravid: Ja/Nei. Fødte barn måned og år: _____	Siste fryseforsøk: Klinikk: _____ Måned og år for innsett: _____ Gravid: Ja/Nei. Fødte barn måned og år: _____
I tillegg til disse siste forsøkene, hvor mange ganger har du vært til Ferskt forsøk: _____ Fryseforsøk: _____	
<u>Dersom du har født barn etter prøverørsforsøk uansett fertilitetsavdeling:</u>	
Fødselsmåte: Keisersnitt/Vaginal fødsel? Hvilken måned/år ammet du sist? _____	Hvilken måned/år fikk du menstruasjonen tilbake? _____
<u>MRSA (Multiresistente bakterier. Se <a href="http://www.fhi.no">www.fhi.no</a> for mer informasjon):</u>	
Har du vært innlagt/ vært til undersøkelse/ vært til behandling ved helseinstitusjon utenfor Norden siste 12 mnd: Ja/Nei	Har du jobbet ved en helseinstitusjon/ barnehjem/ flyktningeleir utenfor Norden siste 12 mnd?: Ja/Nei
Har det tidligere blitt påvist MRSA-bakterier hos deg?: Ja/Nei	
<u>Oppdaterte helseopplysninger:</u>	
Høyde: _____ Vekt: _____ Faste medisiner: _____ Operasjoner i underliv/buk: _____	Kjente sykdommer _____ Allergier _____ Cirka antall dager fra en menstruasjon begynner til den neste begynner: _____

## Egenerklæring om helse - mannen

Velkommen til oss!

Dette skjemaet skal fylles ut av pasienter som enten:

\*Har vært til prøverørsbehandling ved annen fertilitetsavdeling og nå søker om overflytting til oss.

\*Har hatt 1 år eller lenger pause i fertilitetsbehandling uansett årsak.

\*Har født barn etter prøverørsbehandling.

Av personvern hensyn er det egne sider for kvinne og mann. Vennligst send oss utfylt skjema per post eller CRYPHO.

Dersom du har vært til utredning eller behandling for ufrivillig barnløshet ved andre fertilitetsavdelinger, må du også kontakte disse avdelingene og få utskrift av journal derfra. Denne journalen sender du til oss med post snarest mulig.

Ved å signere på linjen under bekrefter du at du har lest gjennom erklæringen og at opplysningene under er korrekte

**Mannens navn:** \_\_\_\_\_ **F.nr.** \_\_\_\_\_ **Dato og Signatur:** \_\_\_\_\_

MRSA (Multiresistente bakterier. Se [www.fhi.no](http://www.fhi.no) for mer informasjon)::

Har du vært innlagt/ vært til undersøkelse/ vært til behandling ved helseinstitusjon utenfor Norden siste 12 mnd: Ja/Nei

Har du jobbet ved en helseinstitusjon/ barnehjem/ flyktningeleir utenfor Norden siste 12 mnd?: Ja/Nei

Har det tidligere blitt påvist MRSA-bakterier hos deg?: Ja/Nei

Oppdaterte helseopplysninger:

Høyde: \_\_\_\_\_

Vekt: \_\_\_\_\_

Faste medisiner: \_\_\_\_\_

Kjente sykdommer: \_\_\_\_\_

Allergier: \_\_\_\_\_

Operasjoner i underliv/buk: \_\_\_\_\_