



Vi beder dig om at udfylde spørgeskemaet *inden* første samtale.

Når du har udfyldt dit spørgeskema, bedes du uploade det via [www.minsundhedsplatform.dk](http://www.minsundhedsplatform.dk)

Du kan læse mere på vores hjemmeside [www.herlevhospital.dk/kontakt-fertilitetsklinikken](http://www.herlevhospital.dk/kontakt-fertilitetsklinikken)

## Oplysninger fra kvinden

---

Navn: \_\_\_\_\_

CPR-nr.: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Stilling/erhverv: \_\_\_\_\_

Telefon / mobil: \_\_\_\_\_

Taler du dansk? ☐ ja ☐ nej

Hvis nej, hvilket sprog taler du? \_\_\_\_\_

**Er du i behandling som:**

Enlig ☐

Par ☐ Ægtefælle/partners navn: \_\_\_\_\_ cpr.nr. \_\_\_\_\_

**Til par, der ønsker behandling:**

- ☐ **Har du og din nuværende ægtefælle/partner fælles barn?** ☐ ja ☐ nej

*I offentligt regi kan der kun tilbydes fertilitetsbehandling til 1. fælles barn – med mindre man anvender nedfrosne befrugtede æg fra tidligere fertilitetsbehandling.*

- ☐ **Er du og din ægtefælle/partner nært beslægtet f.eks. fætter/kusine?** ☐ ja ☐ nej

*Loven tillader ikke barnløshedsbehandling af nært beslægtede par, f.eks. fætter/kusine.*



## Spørgsmål om dit generelle helbred

Din højde: \_\_\_\_\_ cm      Din vægt: \_\_\_\_\_ kg (Du bliver vejet ifm. 1. samtale)

1. **Er du overfølsom (allergisk) overfor penicillin eller anden medicin?**

☐ ja    ☐ nej

Hvis ja,

- Hvilken medicin? \_\_\_\_\_
- Hvordan viser det sig? \_\_\_\_\_

2. **Har I arvelige sygdomme i familien?**

☐ ja    ☐ nej

Hvis ja,

- Hvilke? \_\_\_\_\_

3. **Tidligere sygdomme og operationer** (bortset fra underlivssygdomme, se senere afsnit)  
**Hvilke sygdomme og årstal?**

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

4. **Nedenstående spørgsmål er for at udelukke risikoen for, at du kan have MRSA bakterieinfektion**  
**Har du indenfor de sidste 6 måneder:**

- Været indlagt på et udenlandsk hospital? ☐ ja    ☐ nej
- Hvis ja, skal du kontakte os

5. **Er du i behandling for følgende sygdomme?**

- Forhøjet blodtryk:    nej ☐    ja ☐
- Hjerte/kar sygdom:    nej ☐    ja ☐ Hvilken: \_\_\_\_\_
- Lungesygdom:    nej ☐    ja ☐ Hvilken: \_\_\_\_\_
- Nyresygdom:    nej ☐    ja ☐ Hvilken: \_\_\_\_\_
- Stofskiftesygdom:    nej ☐    ja ☐ Hvilken: \_\_\_\_\_
- Sukkersyge:    nej ☐    ja ☐ Hvilken: \_\_\_\_\_
- Andet:    nej ☐    ja ☐ Hvilken: \_\_\_\_\_

6. **Tager du medicin til daglig eller ofte?**

☐ ja    ☐ nej

Hvis ja, skriv her hvilken og dosis:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

7. **Tager du kosttilskud (f.eks fiskeolie)/naturmedicin dagligt?**

☐ ja    ☐ nej

Hvis ja, skriv her hvilken

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**OBS! Sundhedsstyrelsen anbefaler Folinsyre 0.4 mg dagligt, gerne 3 mdr. forud for planlagt graviditet**



## Rygning

Ryger du (inkl. E-cigaretter)?

☐ ja ☐ nej

Hvis ja,

- Hvor mange cigaretter dagligt?

Antal: \_\_\_\_\_

## Alkoholvaner

Antal genstande pr. uge: \_\_\_\_\_

## Spørgsmål om menstruationsforhold og samliv

1. **Hvor lang er din cyklus?** \_\_\_\_\_ dage  
(fra 1. blødningsdag til næste 1. blødningsdag)
2. **Hvornår havde du sidste 1. blødningsdag?** \_\_\_\_\_
3. **Har du tidligere anvendt p-piller?** ☐ ja ☐ nej  
Hvis ja,
  - Hvor mange år? \_\_\_\_\_ år
  - Hvornår ophørte du med at tage p-piller? \_\_\_\_\_
4. **Hvor længe har du/I ønsket /forsøgt at få barn?** \_\_\_\_\_ år \_\_\_\_\_ måneder

## Spørgsmål om eventuelle tidligere underlivssygdomme og graviditeter

1. **Har du haft underlivsbetændelse (chlamydia)?** ☐ ja ☐ nej
2. **Er du tidligere behandlet for celleforandringer på livmoderhalsen?** ☐ ja ☐ nej  
Hvis ja,
  - Har du fået foretaget kegleoperation (konisatio)? ☐ ja ☐ nej
  - Årstal: \_\_\_\_\_
3. **Er du behandlet for anden underlivssygdom?** ☐ ja ☐ nej  
(for eksempel endometriose, polypper, fibromer)  
Hvis ja,
  - Hvilken? \_\_\_\_\_
  - Årstal og sted \_\_\_\_\_
4. **Har du fået foretaget operation:**
  - **På æggeledderne?** ☐ ja ☐ nej  
Hvis ja,
    - Årstal og hospital \_\_\_\_\_
    - Hvorfor? \_\_\_\_\_
    - Blev æggeledderne fjernet ☐ ja, højre ☐ ja, venstre ☐ nej
  - **På æggestokkene?** ☐ ja ☐ nej  
Hvis ja,
    - Årstal og hospital \_\_\_\_\_
    - Hvorfor? \_\_\_\_\_
    - Blev en af æggestokkene fjernet? ☐ ja, højre ☐ ja, venstre ☐ nej



## Spørgsmål om eventuelle tidligere underlivssygdomme og graviditeter, fortsat

5. Har du været gravid? ☐ ja ☐ nej  
Hvis ja,  
○ Har du født? ☐ ja ☐ nej  
○ Årstal \_\_\_\_\_
6. Har du haft en graviditet udenfor livmoderen? ☐ ja ☐ nej  
Hvis ja,  
○ Årstal og hospital hvor du blev behandlet \_\_\_\_\_  
○ Blev æggelederen fjernet? ☐ ja, højre ☐ ja, venstre ☐ nej
7. Har du aborteret spontant? ☐ ja ☐ nej  
Hvis ja,  
○ Hvilken svangerskabsuge? \_\_\_\_\_  
○ Årstal \_\_\_\_\_  
  
○ Hvilken svangerskabsuge? \_\_\_\_\_  
○ Årstal \_\_\_\_\_
8. Har du fået foretaget en provokeret abort? ☐ ja ☐ nej  
Hvis ja,  
○ Årstal \_\_\_\_\_

## De næste spørgsmål omhandler udredning og behandling for barnløshed

### 1. For at undersøge om der er passage gennem dine æggeledere, har du da fået foretaget

- En vandskanning (HSU)? ☐ ja ☐ nej  
Hvis ja,  
○ Årstal, resultat \_\_\_\_\_
- En røntgenkontrastundersøgelse (HSG)? ☐ ja ☐ nej  
Hvis ja,  
○ Årstal, resultat \_\_\_\_\_
- En kikkertundersøgelse (laparoskopi)? ☐ ja ☐ nej  
Hvis ja,  
○ Årstal, resultat \_\_\_\_\_

### 2. Har du/I forsøgt:

- Reagensglasbehandling (IVF/ICSI)? ☐ ja ☐ nej  
Hvis ja,  
○ Årstal, sted \_\_\_\_\_  
○ Hvor mange gange? \_\_\_\_\_
- Insemination med *partners sæd*? ☐ ja ☐ nej  
Hvis ja,  
○ Årstal, sted \_\_\_\_\_  
○ Hvor mange gange? \_\_\_\_\_
- Insemination med *donorsæd*? ☐ ja ☐ nej  
Hvis ja,  
○ Årstal, sted \_\_\_\_\_  
○ Hvor mange gange? \_\_\_\_\_



### Spørgsmål om dit psykiske helbred, evt. terapi og behandling

Loven stiller krav om, at der sker en vurdering af forældreegnethed forud for fertilitetsbehandling, hvorfor vi spørger ind til dit psykiske helbred og evt. aktuelle/tidligere misbrug af alkohol og euforiserende stoffer.

Evt. forældreegnethed vurderes ved Råds- og Direktionssekretariatet, Region Syddanmark.

**1. Har du nuværende eller har du haft psykiske problemer/sygdomme?** ☐ ja ☐ nej

Hvis ja, kryds venligst af i nedenstående rubrikker:

- ☐ Depression
- ☐ Angst
- ☐ Posttraumatisk stress (PTSD)
- ☐ Skizofreni
- ☐ Bipolær sygdom (maniodepression)
- ☐ Anoreksi eller andre spiseforstyrrelser
- ☐ Andet \_\_\_\_\_

**2. Har du kontakt/tidligere haft kontakt med en psykolog?** ☐ ja ☐ nej

**3. Har du kontakt/tidligere haft kontakt med en psykiater?** ☐ ja ☐ nej

**4. Er du i behandling med antidepressiv medicin eller andre psykofarmaka?** ☐ ja ☐ nej

### De næste spørgsmål omhandler misbrug af alkohol og rusmidler

**1. Har du/tidligere haft et alkoholmisbrug?** ☐ ja ☐ nej

**2. Ryger du hash eller bruger euforiserende stoffer?** ☐ ja ☐ nej

Hvis ja,

- Hvilke? \_\_\_\_\_
- Hvor ofte? \_\_\_\_\_

**3. Har du tidligere røget hash eller brugt euforiserende stoffer?** ☐ ja ☐ nej

Hvis ja,

- Hvilke? \_\_\_\_\_
- Hvornår ophørte du? \_\_\_\_\_

Dato:

Underskrift:

Tak fordi du har udfyldt oplysningsskemaet.

Vi håber, at det kan medvirke til en bedre rådgivning og vejledning i forbindelse med din fertilitetsbehandling. Har du spørgsmål, er du velkommen til at kontakte Fertilitetsklinikken.

Med venlig hilsen

Personalet

Fertilitetsklinikken

Herlev hospital