

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

Når du har udfyldt dit spørgeskema, bedes du uploade det via www.minsundhedsplatform.dk

Du kan læse mere på vores hjemmeside www.herlevhospital.dk/kontakt-fertilitetsklinikken

Oplysninger fra kvindelig partner

Navn: _____

CPR-nr.: _____

Adresse: _____

Stilling/erhverv: _____

Telefon / mobil: _____

Taler du dansk? ☐ ja ☐ nej

Hvis nej, hvilket sprog taler du? _____

Ægtefælle/partners navn: _____ cpr.nr. _____

Til par, der ønsker behandling:

- Har du og din nuværende ægtefælle/partner fælles barn?
*I offentligt regi kan der kun tilbydes fertilitetsbehandling
til 1. fælles barn – med mindre man anvender nedfrosne
befrugtede æg fra tidligere fertilitetsbehandling.*

☐ ja ☐ nej



Spørgsmål om dit generelle helbred

Din højde: _____ cm Din vægt: _____ kg

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

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. Tager du medicin til daglig eller ofte ☐ ja ☐ nej

Hvis ja? Skriv her hvilke og dosis:

- _____
- _____
- _____

De næste spørgsmål omhandler evt. graviditet og behandling for barnløshed

1. Har du været gravid? ☐ ja ☐ nej

Hvis ja,

- Har du født? ☐ ja ☐ nej
- Årstal: _____

2. Har du/I forsøgt:

- Insemination med *donorsæd*?

☐ ja ☐ nej

Hvis ja,

- Årstal, sted _____
- Hvor mange gange? _____

- Reagensglasbehandling (IVF/ICSI)?

☐ ja ☐ nej

Hvis ja,

- Årstal, sted _____
- Hvor mange gange? _____

Rygning

Ryger du (inkl. E-cigaretter)?

☐ ja ☐ nej

- Hvis ja, hvor mange cigaretter dagligt?

Antal: _____



Alkoholvaner

Antal genstande pr uge: _____

De næste spørgsmål omhandler misbrug af alkohol og rusmidler

1. Har du/tidligere haft et alkoholisbrug? ☐ ja ☐ nej
2. Ryger du hash eller bruger andre rusmidler nu? ☐ ja ☐ nej
Hvis ja,
 - Hvilke? _____
 - Hvor ofte? _____
3. Har du tidligere røget hash eller brugt andre rusmidler? ☐ ja ☐ nej
Hvis ja,
 - Hvilke? _____
 - Hvornår ophørte du? _____

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

Dato:

Underskrift:

Tak fordi du har udfyldt oplysningsskemaet.

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

Med venlig hilsen
Personalet
Fertilitetsklinikken
Herlev hospital