

**SKJEMA FOR FORSAMTALE**
**Assistert befruktning Egenerklæring**

For å kunne behandle deres søknad om assistert befruktning trenger vi opplysninger om deres helse, økonomi, boforhold, og nære relasjoner. Vennligst fyll ut dette skjemaet og returner det til oss. Av personvern hensyn er det egne sider for kvinne og mann. Dersom dere har vært til behandling for ufrivillig barnløshet ved andre fertilitetsklinikker, må dere også kontakte disse klinikkene og få utskrift av journal derfra.

Kvinne	
<b>Personopplysninger</b>	
Navn:	Fødselsnummer:
Telefonnummer:	Språk: <input type="checkbox"/> Norsk <input type="checkbox"/> Engelsk
Navn partner:	Fødselsnummer til partner (11 siffer):
Adresse:	
Er du yrkesaktiv? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Arbeidsgiver: Yrke:	Stillingsprosent:
Samlivsform: <input type="checkbox"/> Gift <input type="checkbox"/> Samboere i ekteskapslignende forhold >2 år (Felles folkeregistrert adresse i 2 år eller annen dokumentasjon)	

**Helseopplysninger om deg**

Høyde (cm):	Vekt (kg):	KMI:	Hvis røyking, ant. sig./dag: Hvis alkohol, ant. enh./uke:	Hvis snus, ant. bokser/uke:
Bruker du noen legemidler? <i>Gjelder også prevensjonsmidler, reseptfrie medisiner, alternative medisiner og naturmedisiner. Hvis ja, vennligst spesifiser hvilke legemidler du bruker, dosering og hvorfor du bruker disse:</i>				
Har du en kjent allergi, eller har du fått noen allergiske reaksjoner?				
Er du diagnostisert med noen sykdommer/gjennomgått tidligere operasjoner?				
Er du vaksinert mot Røde hunder (Rubella/MMR-vaksine)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Usikker <i>MRSA (Multiresistente bakterier. <a href="#">Se informasjon fra folkehelseinstituttet</a>)</i>				
Har du arbeidet, fått tannbehandling eller behandling ved sykehus utenfor Norden i løpet av de siste 12 måneder? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Usikker				

**Gynekologisk historie**

Menarke (alder):	Menssyklus: <input type="checkbox"/> Regelmessig <input type="checkbox"/> Uregelmessig Dager per syklus (gjennomsnitt): Ovulasjon: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Bestemt med:	Siste mens (dato):
------------------	--	--------------------

Har du vært undersøkt hos gynekolog på grunn av ufrivillig barnløshet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Hvis JA, har noen av disse undersøkelsene vært gjort?
<input type="checkbox"/> Laparoskopi/kikkhullskirurgi
<input type="checkbox"/> Vannscan/utvidet ultralyd
<input type="checkbox"/> Røntgenundersøkelse
<input type="checkbox"/> MR-undersøkelse
<input type="checkbox"/> Annet:
Hvis undersøkelsen(e) ikke er gjort i Helse Bergen må du innhente beskrivelse og sende inn.
Har du noensinne fått behandling for bekkeninfeksjon eller blindtarmsbetennelse <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Har du hyppige urinveisinfeksjoner <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Har du fått påvist endometriose <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Har du noensinne fått påvist seksuelt overførbare infeksjoner, for eksempel klamydia <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Har du tatt celleprøve de siste 5 år? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Hvis JA, årstall og resultat:

### Reproduksjonshistorie

Barneønske siden (år):		Regelmessig samleie: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei			
Tidligere graviditeter med aktuell partner	Barn (år)	Fødselsmåte <input type="checkbox"/> Vaginal fødsel <input type="checkbox"/> Keisersnitt	Ab.spont.(år)	Ab.prov.(år)	Ex.u.grav.(år)
Har du daglig omsorg for andre barn med aktuell partner? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei					

Tidligere graviditeter med annen partner	Barn (år)	Fødselsmåte <input type="checkbox"/> Vaginal fødsel <input type="checkbox"/> Keisersnitt	Ab.spont.(år)	Ab.prov.(år)	Ex.u.grav.(år)
Har du delt omsorg for andre barn med annen partner? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei					
Har du gjennomgått assistert befruktning (behandling)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei					
Hvis JA, årstall og antall behandlinger dette året:					
Siste ferske forsøk (måned/år for egguttak):			Siste fryseforsøk (måned/år for egginnsetting):		
Klinikk og resultat:			Klinikk og resultat:		
Annet:					

**NB! Dersom dere har vært til behandling for ufrivillig barnløshet ved andre fertilitetsklinikker, må dere kontakte disse klinikkene og få utskrift av journal derfra.**

Behandlingen innebærer selvadministrering av medisiner og telefonkonsultasjoner over tid som forutsetter god språkforståelse uten tolk. Kan du kommunisere godt på norsk eller engelsk?  
 Ja  Nei

I henhold til Bioteknologilovens § 2-6 må alle som søker om assistert befruktning framlegge barneomsorgsattest (politiattest). Søknaden vil bli avvist dersom denne attesten ikke foreligger.

Partner	
<b>Personopplysninger</b>	
Navn:	Fødselsnummer:
Telefonnummer:	Språk: <input type="checkbox"/> Norsk <input type="checkbox"/> Engelsk
Navn partner:	Fødselsnummer til partner (11 siffer):
Adresse:	
Er du yrkesaktiv? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
Arbeidsgiver: Yrke:	Stillingsprosent:
Samlivsform: <input type="checkbox"/> Gift <input type="checkbox"/> Samboere i ekteskapslignende forhold >2 år (Felles folkeregistrert adresse i 2 år eller annen dokumentasjon)	

### Helseopplysninger om deg

Høyde (cm):	Vekt (kg):	KMI:	Hvis røyking, ant. sig./dag: Hvis alkohol, ant. enh./uke:	Hvis snus, ant. bokser/uke:
Bruker du noen legemidler? <i>Gjelder også prevensjonsmidler, reseptfrie medisiner, alternative medisiner og naturmedisiner.            Hvis ja, vennligst spesifiser hvilke legemidler du bruker, dosering og hvorfor du bruker disse:</i>				
Har du en kjent allergi, eller har du fått noen allergiske reaksjoner?				
Er du diagnostisert med noen sykdommer/gjennomgått tidligere operasjoner?				
Er du vaksinert mot Røde hunder (Rubella/MMR-vaksine)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Usikker <i>MRSA (Multiresistente bakterier. <a href="#">Se informasjon fra folkehelseinstituttet</a>)</i>				
Har du arbeidet, fått tannbehandling eller behandling ved sykehus utenfor Norden i løpet av de siste 12 måneder? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Usikker				

### Sykdomshistorie mann

Har du eller har du hatt (hvis JA, kryss og beskriv): <input type="checkbox"/> Genital skade <input type="checkbox"/> Testisretensjon <input type="checkbox"/> Kusma som voksen <input type="checkbox"/> Underlivsinfeksjoner <input type="checkbox"/> Bruk av steroider
---

### Reproduksjonshistorie

Har du gjort noen av dine tidligere partnere gravide?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Har du barn fra tidligere forhold?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Barn (år):	Har du omsorg for dette barnet?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
	Er dette barnet adoptert?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Barn (år):	Har du omsorg for dette barnet?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
	Er dette barnet adoptert?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei

### Annet

Behandlingen innebærer selvadministrering av medisiner og telefonkonsultasjoner over tid som forutsetter god språkforståelse uten tolk. Kan du kommunisere godt på norsk eller engelsk? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
I henhold til Bioteknologilovens § 2-6 må alle som søker om assistert befruktning framlegge barneomsorgsattest (politiattest). Søknaden vil bli avvist dersom denne attesten ikke foreligger.