

SKJEMA FOR FORSAMTALE
Assistert befruktning Eigenerklæring

For å kunna behandla søknaden dykkar om assistert befruktning treng vi opplysningar om dykkar helse, økonomi, bustad og nære relasjonar. Ver venleg og fyll ut dette skjemaet og returner det til oss. Av personvernomsyn er det eigne sider for kvinne og mann. Dersom de har vore til behandling for ufrivillig barnløyse ved andre fertilitetsklinikkar, må de òg kontakta desse klinikkane og få utskrift av journalane derfrå.

| Kvinne | |
|---|---|
| Personopplysningar | |
| Namn: | Fødselsnummer: |
| Telefonnummer: | Språk: <input type="checkbox"/> Norsk <input type="checkbox"/> Engelsk |
| Namn på partner: | Fødselsnummer til partner (11 siffer): |
| Adresse: | |
| Er du yrkesaktiv? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei | |
| Arbeidsgjevar: | Stillingsprosent: |
| Yrkestittel/stilling: | |
| Samlivsform: <input type="checkbox"/> Gift <input type="checkbox"/> Sambuarar i ekteskapsliknande forhold >2 år (Felles folkeregistrert adresse i 2 år eller annan dokumentasjon) | |

Helseopplysningar om deg

| | | | | |
|---|------------|------|--------------------------------|-------------------------------|
| Høgd (cm): | Vekt (kg): | KMI: | Dersom røyking, ant. sig./dag: | Dersom snus, ant. boksar/uke: |
| Dersom alkohol, ant. enh./uke: | | | | |
| Bruker du legemiddel? <i>Gjeld også prevensjonsmiddel, reseptfrie medisinar, alternative medisinar og naturmedisinar. Ver venleg og spesifiser kva for legemiddel du bruker, dosering og kvifor du bruker desse.</i> | | | | |
| Har du fått påvist allergi, eller har du fått allergiske reaksjonar? | | | | |
| Er du diagnostisert med sjukdomar/ har du gjennomgått operasjonar? | | | | |
| Er du vaksinert mot raude hundar (rubella/MMR-vaksine)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Usikker <i>MRSA (Multiresistente bakteriar. Sjå informasjon frå folkehelseinstituttet)</i> | | | | |
| Har du arbeid, fått tannbehandling eller behandling ved sjukehus utanfor Norden i løpet av dei siste 12 månadane? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Usikker | | | | |

Gynekologisk historie

| | | |
|-------------------|---|--------------------|
| Menarche (alder): | Menssyklus: <input type="checkbox"/> Regelmessig <input type="checkbox"/> Uregelmessig Dagar per syklus (gjennomsnitt): Ovulasjon: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei, bestemt med: | Siste mens (dato): |
|-------------------|---|--------------------|

| |
|--|
| Har du vore undersøkt hjå gynekolog grunna ufrivillig barnløyse? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei |
| Dersom JA, har nokre av desse undersøkingane vore gjort? |
| <input type="checkbox"/> Lapraskopi/kikhullskirurgi |
| <input type="checkbox"/> Vannscan / utvida ultralyd |
| <input type="checkbox"/> Røntgenundersøking |
| <input type="checkbox"/> MR-undersøking |
| <input type="checkbox"/> Anna: |
| Dersom undersøkinga(ne) ikkje er gjort i Helse Bergen må du innhenta ei skildring å senda denne inn. |
| Har du fått behandling for bekkeninfeksjon eller blindtarmbetennelse? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei |
| Har du hyppige urinvegsinfeksjonar? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei |
| Har du fått påvist endometriose? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei |
| Har du nokosinne fått påvist seksuelt overførbare infeksjonar, til dømes klamydia? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei |
| Har du tatt celleprøve frå livmorhals i løpet av dei siste 5 åra? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei |
| Dersom JA, årstal og resultat: |

Reproduksjonshistorie

| | | | | | |
|--|-----------|---|---------------|--------------|----------------|
| Ynskje om barn sidan (år): | | Regelmessig samleie: | | | |
| | | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei | | | |
| Tidlegare gravid med aktuell partner | Barn (år) | Fødselsmåte | Ab.spont.(år) | Ab.prov.(år) | Ex.u.grav.(år) |
| | | <input type="checkbox"/> Vaginal fødsel <input type="checkbox"/> Keisarsnitt | | | |
| Har du dagleg omsorg for andre barn med aktuell partner? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei | | | | | |

| | | | | | |
|--|-----------|---|--|--------------|----------------|
| Tidlegare gravid med annan partner? | Barn (år) | Fødselsmåte | Ab.spont.(år) | Ab.prov.(år) | Ex.u.grav.(år) |
| | | <input type="checkbox"/> Vaginal fødsel <input type="checkbox"/> Keisarsnitt | | | |
| Har du delt omsorg for andre barn med annan partner? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei | | | | | |
| Har du gjennomgått assistert befruktning (behandling)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei | | | | | |
| Dersom JA, årstal og tal på behandlingar dette året: | | | | | |
| Siste ferske forsøk (månad/år for egguttak): | | | Siste fryseforsøk (månad/år for egginsetting): | | |
| Klinikk og resultat: | | | Klinikk og resultat: | | |
| Anna: | | | | | |

NB! Dersom de har vore til behandling for ufrivillig barnløyse ved andre fertilitetsklinikkar, må de òg kontakta desse klinikkane og få utskrift av journalane derfrå.

Behandlinga inneber sjølvadministrering av medisinar og telefonkonsultasjonar, over tid, som føreset god språkforståing utan tolk. Kan du kommunisere godt på norsk eller engelsk?
 Ja Nei

I samsvar med Bioteknologilovens § 2-6 må alle som søker om assistert befruktning legge fram barneomsorgsattest (politiattest). Søknaden vil bli avvist dersom ein ikkje kan legge fram denne attesten.

| Partner | |
|---|---|
| Personopplysningar | |
| Namn: | Fødselsnummer: |
| Telefonnummer: | Språk: <input type="checkbox"/> Norsk <input type="checkbox"/> Engelsk |
| Namn på partner: | Fødselsnummer til partner (11 siffer): |
| Adresse: | |
| Er du yrkesaktiv? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei | |
| Arbeidsgjevar: | Stillingsprosent: |
| Yrkestittel/stilling: | |
| Samlivsform: <input type="checkbox"/> Gift <input type="checkbox"/> Sambuarar i ekteskapsliknande forhold >2 år (Felles folkeregistrert adresse i 2 år eller annan dokumentasjon) | |

Helseopplysningar om deg

| | | | | |
|---|------------|------|--|-------------------------------|
| Høgd (cm): | Vekt (kg): | KMI: | Dersom røyking, ant. sig./dag: Dersom alkohol, ant. enh./uke: | Dersom snus, ant. boksar/uke: |
| Bruker du legemiddel? <i>Gjeld også prevensjonsmiddel, reseptfrie medisinar, alternative medisinar og naturmedisinar. Ver venleg og spesifiser kva for legemiddel du bruker, dosering og kvifor du bruker desse.</i> | | | | |
| Har du fått påvist allergi, eller har du fått allergiske reaksjonar? | | | | |
| Er du diagnostisert med sjukdomar/ har du gjennomgått operasjonar? | | | | |
| Er du vaksinert mot raude hundar (rubella/MMR-vaksine)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Usikker <i>MRSA (Multiresistente bakteriar. Sjå informasjon frå folkehelseinstituttet)</i> | | | | |
| Har du arbeid, fått tannbehandling eller behandling ved sjukehus utanfor Norden i løpet av dei siste 12 månadane? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Usikker | | | | |

Sjukdomshistorie mann

| |
|--|
| Har du eller har du hatt (dersom JA, kryss og skildr): <input type="checkbox"/> Genital skade <input type="checkbox"/> Testisretensjon <input type="checkbox"/> Kusma som vaksen <input type="checkbox"/> Infeksjon i underlivet <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 frå tidlegare 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 |

Behandlinga inneber sjølvadministrering av medisinar og telefonkonsultasjonar, over tid, som føreset god språkforståing utan tolk. Kan du kommunisere godt på norsk eller engelsk?

Ja Nei

I samsvar med Bioteknologilovens § 2-6 må alle som søker om assistert befruktning legge fram barneomsorgsattest (politiattest). Søknaden vil bli avvist dersom ein ikkje kan legge fram denne attesten.