

**Mand Medicinsk Historie**

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

E-mail: \_\_\_\_\_

Cpr-nr. \_\_\_\_\_

Beskæftigelse: \_\_\_\_\_ Mobil nr. \_\_\_\_\_

Medicinske allergier: \_\_\_\_\_

Højde \_\_\_\_\_ cm

Vægt \_\_\_\_\_ kg

Rygning \_\_\_\_\_ stk./dag

Alkohol \_\_\_\_\_ genst./pr. uge

**Medicin**

Tager du medicin nu? Hvis ja, hvilken og for hvad?

 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Fertilitetsoplysninger**

	Ja	Nej	Uddyb
Har du børn fra tidligere forhold?			
Har der været aborter i tidligere forhold?			
Er du tidligere undersøgt for sterilitet Hvis ja, hvor og hvornår			
Har du haft gonore?			
Har du haft chlamydia?			
Har du haft udflåd fra urinrøret?			
Har du taget anabole steroider?			

Har du rejst i Zika-virus berørte områder indenfor de seneste 3 mdr.? Ja \_\_\_\_\_ Nej \_\_\_\_\_

(Ex. Sydamerika, Asien, nogle afrikanske lande)

Kan du have været udsat for smitte med andre sygdomme, eksempelvis Abekopper: Ja \_\_\_\_\_ Nej \_\_\_\_\_

Andet \_\_\_\_\_

**Mand Medicinsk Historie**
**Har du haft/eller har du?**

	Ja	Nej	Uddyb
Åreknuder i pungen (udposninger)?			
Vandbrok?			
Urinvejslidelser?			
Tilfælde med hævelse af pungen?			
Ikke nedvandret testikel?			
Brok?			
Fåresyge?			
Gulsot?			
Hjertesygdomme?			
Forhøjet blodtryk?			
Hyppig hovedpine eller migræne?			
Lidelser i blærehalskirtel?			
Lungesygdomme?			
Malaria?			
Mave- eller tarmsygdomme?			
Stofskiftesygdomme?			
Sukkersyge?			

**Livsstil/arbejdsmiljø**

	Ja	Nej	Uddyb
Har du været udsat for bestråling?			
Har du været udsat for skadelige stoffer?			
Har du skifteholdsarbejde			
Har du specielle kostvaner			
Dyrker du motion?			

**Mand Medicinsk Historie****Samtykkeerklæring**

Undertegnede giver hermed tilladelse til, at Juno IVF, må videregive oplysninger om min diagnose, behandling og undersøgelsesresultater, i forbindelse med min behandling i Juno IVF, til min egen læge, speciallæge eller sygehus.

Som dataansvarlig er Juno IVF forpligtet til at orientere dig om, at dine personlige helbredsoplysninger opbevares i mindst 10 år i klinikken. Du har ret til at se og få udleveret de oplysninger, der er registreret om dig. Du kan ligeledes bede om at få forkerte oplysninger rettet. Et samtykke til videregivelse af oplysninger kan trækkes tilbage. Dette skal dog ske skriftligt.

**Dato:** \_\_\_\_\_ **Underskrift** \_\_\_\_\_

Jeg giver endvidere samtykke til, at Juno IVF må sende mig beskeder via e-boks.

**Man Medical History**

Name: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Cpr-no: \_\_\_\_\_

Occupancy: \_\_\_\_\_ Phone no. \_\_\_\_\_

Medical allergies: \_\_\_\_\_

Hight \_\_\_\_\_ cm

Weight \_\_\_\_\_ kg

Smoking \_\_\_\_\_ pcs. / day

Alcohol \_\_\_\_\_ Units. / pr. week

**Medicin**

Are you taking any medication now? If yes, which and for what?

---



---

**Fertility Information**

	Yes	No	Explain
Do you have children from previous relationships?			
Have there been abortions in previous relationships?			
Have you previously been investigated for infertility? If yes, where?			
Have you had gonorrhoea?			
Have you had chlamydia?			
Have you had discharge from the urethra?			
Have you taken anabolic steroids?			

Have you traveled in Zika virus-affected areas within the last 3 months? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

(e.g., South America, Asia, some African countries)

Could you have been exposed to infection with other diseases, such as Apepox: Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Other \_\_\_\_\_



**Man Medical History**
**Have you had/or do you have?**

	Yes	No	Explain
Hernias in the groin (pouching)?			
Hydrocele?			
Urinary disorders?			
Incidents involving twisting of the scrotum?			
Undescended testicle?			
Hernia?			
Color blindness?			
Jaundice?			
Heart diseases?			
Elevated blood pressure?			
Frequent severe headaches or migraines?			
Disorders in the thyroid gland?			
Lung diseases?			
Malaria?			
Stomach or intestinal diseases?			
Metabolic diseases?			
Diabetes?			

**Lifestyle/Work Environment**

	Yes	No	Explain
Have you been exposed to radiation?			
Have you been exposed to harmful substances?			
Do you have shift work?			
Do you have special dietary habits?			
Do you exercise?			

**Man Medical History****Consent Form**

The undersigned hereby grants permission for Juno IVF to disclose information about my diagnosis, treatment, and test results, in connection with my treatment at Juno IVF, to my general practitioner, specialist, or hospital.

As the data controller, Juno IVF is obliged to inform you that your personal health information will be stored for at least 10 years at the clinic. You have the right to view and obtain the information registered about you. You may also request that incorrect information be corrected. Consent to the disclosure of information can be withdrawn. However, this must be done in writing.

**Date:** \_\_\_\_\_ **Signature:** \_\_\_\_\_

I further consent to Juno IVF sending me messages via e-Boks.