

## Velkommen til Fertilitetsavdelingen Sør!

Utredning og behandling for ufrivillig barnløshet krever en del papirarbeid fra pasientene. Alle pasienter må fylle ut skjema og returnere til oss. For å huske alt som må gjøres har vi laget en sjekklister som ligger vedlagt.

### Del 1

Navn: \_\_\_\_\_ F.nr. \_\_\_\_\_

Tlf: \_\_\_\_\_ Yrke: \_\_\_\_\_ Stillingsprosent: \_\_\_\_\_

Arbeidsgiver: \_\_\_\_\_ NAV kontor: \_\_\_\_\_

Hjemmeadresse: \_\_\_\_\_

Navn og adresse til fastlegen din \_\_\_\_\_

Har du tidligere fått behandling for ufrivillig barnløshet? JA/NEI. Hvis ja, hvor: \_\_\_\_\_

Sivilstatus: Gift siden år : \_\_\_\_\_ Navn og fødselsdato på partner: \_\_\_\_\_

Samboere siden år: \_\_\_\_\_ Navn og fødselsdato på partner: \_\_\_\_\_

Enslig:  Hvis ja, sett kryss.

Din høyde i cm \_\_\_\_\_ og vekt i kg \_\_\_\_\_

Har du siste 12 måneder vært innlagt/ vært til undersøkelse/ vært til behandling hos lege eller tannlege i utlandet, jobbet på utenlandsk sykehus, vært på barnehjem eller i flyktingleir (sett kryss)

 JA NEI

Hvis ja, hva ble gjort og hvor \_\_\_\_\_

Har du noen gang fått påvist MRSA(multiresistente-bakterier):

(Sett kryss)

 JA NEI

Hvis ja, når var det, og har du siden hatt negative kontrollprøver?

Har du noen gang fått påvist ESBL/VRE bakterier?: (Sett kryss)

Hvis ja, når var det, og har du siden hatt negative kontrollprøver  JA  NEI \_\_\_\_\_

Dato og signatur: \_\_\_\_\_

**Del 2: Fylles ut av partneren dersom dere kommer som par:**

Navn: \_\_\_\_\_ F.nr. \_\_\_\_\_

Tlf: \_\_\_\_\_ Yrke: \_\_\_\_\_ Stillingsprosent: \_\_\_\_\_

Arbeidsgiver: \_\_\_\_\_ NAV kontor: \_\_\_\_\_

Hjemmeadresse: \_\_\_\_\_

Navn og adresse til fastlegen din \_\_\_\_\_

Navn og fødselsdato på partner: \_\_\_\_\_

Har du tidligere fått behandling for ufrivillig barnløshet? JA/NEI. Hvis ja, hvor: \_\_\_\_\_

Din høyde i cm \_\_\_\_\_ og vekt i kg \_\_\_\_\_

Har du siste 12 måneder vært innlagt/ vært til undersøkelse/ vært til behandling hos lege eller tannlege i utlandet, jobbet på utenlandsk sykehus, vært på barnehjem eller i flyktningleir (sett kryss)

JA  NEI Hvis ja, hva ble gjort og hvor \_\_\_\_\_

Har du noen gang fått påvist MRSA(multiresistente-bakterier):

(Sett kryss)

JA  NEI Hvis ja, når var det, og har du siden hatt negative kontrollprøver?

\_\_\_\_\_

Har du noen gang fått påvist ESBL/VRE bakterier?: (Sett kryss)

Hvis ja, når var det, og har du siden hatt negative kontrollprøver?  JA  NEI \_\_\_\_\_

**Dato og signatur:** \_\_\_\_\_

**Sjekkliste for papirarbeid som må gjøres i god tid før oppmøte på fertilitetsavdelingen.**

- Opprett bruker/brukere i avdelingens kommunikasjonsprogram «Crypho». For bruksanvisning, se vår hjemmeside på <https://www.sthf.no/avdelinger/medisinsk-serviceklinikk/fertilitetsavdelingen-sor#kontakt-oss-elektronisk-crypho>
- Fyll ut og returner vedlagt adresseskjema i Crypho eller pr post.
- Send foto av deg/dere i Crypho eller pr post.
- Send inn politiattest i Crypho eller pr post. (dersom dere kommer som par, må politiattest sendes i hver deres bruker i Crypho, dette av personvern hensyn.)

Fra 1.juli 2020 kreves det at alle personer som søker assistert befruktning framlegger barneomsorgsattest. Det er personen selv som må framskaffe slik attest.

Framgangsmåte finner du på <https://www.politiet.no/tjenester/politiattest/>  
Vi anbefaler at du søker digitalt.