

Lapsettomuuspoliklinikka miehen esitiedot

Nimi: _____ Henkilötunnus: _____

Kotikunta: _____ Ammatti: _____

Osoite: _____

Puhelinnumero: _____

Puolison nimi: _____ Puolison kotikunta: _____

Oletko avioliitossa tai rekisteröidyssä parisuhteessa jonkun muun kuin nykyisen puolison kanssa?

Kyllä ☐ Ei ☐

Terveystila:

Sairaudet: _____

Lääkitys: _____

Käytätkö kehonrakennusaineita/ anabolisia steroideja (mitä?):

Lääkeaineallergiat (esim. penisilliini, puudutusaineet): _____

Oletko altistunut kemikaaleille/säteilylle työssäsi? Kyllä ☐ Ei ☐

Tupakointi/muut tupakkatuotteet (kpl/pvä): _____ Alkoholin käyttö (annos/vko): _____

Paino: _____ Pituus: _____

Leikkaukset:

Mikä sairaala:

Milloin:

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Sukupuolielimet:

Onko sinulla ollut murrosikä samaan aikaan kuin ikätovereillasi? Kyllä ☐ Ei ☐

Olivatko kivekset laskeutuneet vastasyntyneenä? Kyllä ☐ Ei ☐

Jos eivät olleet, missä hoidettiin ja miten? _____

Onko sinulla todettu?

Tyrä Kyllä ☐ Ei ☐

Vesikives Kyllä ☐ Ei ☐

Kiveskohjuja kyllä ☐ Ei ☐

Kivesten vammoja Kyllä ☐ Ei ☐

Oletko sairastanut:

Sukupuolitauteja Kyllä ☐ Ei ☐ Mikä/milloin? _____

Eturauhasen tulehdusta Kyllä ☐ Ei ☐ Milloin? _____

Lisäkivestulehdusta Kyllä ☐ Ei ☐ Milloin? _____

Virtsaputken tulehdusta Kyllä ☐ Ei ☐ Milloin? _____

Aikaisemmat lapsettomuustutkimukset ja hoidot, missä ja milloin

Aikaisemmat aikaan saadut raskaudet/synnytykset muissa parisuhteissa:

Perhe:

☐ Naimaton ☐ Naimisissa ☐ Avoliitossa ☐ Seurustelusuhde

Viranomaiskontaktit/ rikostuomiot:

Yhdynnät:

Yhdyntätiheys (esim kertoja/vko):

Esiintyykö yhdynnässä ongelmia? (esim. ennenaikainen ejakulaatio, erektiohäiriöt):

Päiväys ja allekirjoitus

Naistentauti- ja äitiysyksikkö /Lapsettomuuspoliklinikka

Puh. 014 269 1023

Soittoaika, ma-pe 8.00-14:00.