

OVERVEJER DU AT BLIVE ÆGDONOR?

Før du kan komme i gang, skal du printe og udfylde dette spørgeskema. Når skemaet er udfyldt, bedes du scanne det og sende en kopi via vores patientportal, som du finder på vores hjemmeside www.aagaardklinik.dk.

Du vil herefter modtage en indkaldelse til en indledende konsultation. Venligst læs vores karantæner regler på aagaardklinik.dk/aegdonor. Vi gør desuden opmærksom på, at det er udelukket, at du kan donere dine æg, hvis du ryger til hverdag og/eller fest.

Har du ikke en scanner til rådighed, kan du med fordel downloade APPen Genius Scan til din iPhone eller Android.

MINE KONTAKTINFORMATIONER

| | | | |
|--------------------|-------|--------------------------|-------|
| Fulde navn: | _____ | Adresse: | _____ |
| CPR nr.: | _____ | Postnummer og by: | _____ |
| Tlf. nr.: | _____ | Reg. nr.: | _____ |
| E-mail: | _____ | Kontonr.: | _____ |

Reg. og kontonr. anvendes ved overførsel af godtgørelse for ægdonation til din konto.

MINE KARAKTERISTIKA

Jeg vil gerne være (sæt kryds)

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Anonym donor |
| <input type="checkbox"/> | Ikke anonym donor – ikke kontaktbar |
| <input type="checkbox"/> | Åben donor |
| <input type="checkbox"/> | Åben donor med udvidet profil (+babybillede) |
| <input type="checkbox"/> | Kendt donor |

*Du kan læse mere om donationsformerne på aaagaardklinik.dk
Hvis du ønsker at være åben donor med udvidet profil, bedes du medsende et babybillede fra da du var ca. 1 år gammel.*

Min afstamning er (sæt kryds):

- | | |
|--------------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> | Kaukasisk |
| <input type="checkbox"/> | Asiatisk |
| <input type="checkbox"/> | Afrikansk |
| <input type="checkbox"/> | Mellemøstlig |
| <input type="checkbox"/> | Latinamerikansk |
| <input type="checkbox"/> | Ved ikke |

Min blodtype er (sæt kryds):

- | | |
|--------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> | A rh. Positiv |
| <input type="checkbox"/> | A rh. Negativ |
| <input type="checkbox"/> | B rh. Positiv |
| <input type="checkbox"/> | B rh. Negativ |
| <input type="checkbox"/> | AB rh. Positiv |
| <input type="checkbox"/> | AB rh. Negativ |
| <input type="checkbox"/> | O rh. Positiv |
| <input type="checkbox"/> | O rh. Negativ |
| <input type="checkbox"/> | Ved ikke |

Min øjenfarve er (sæt kryds):

- | | |
|--------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> | Blå |
| <input type="checkbox"/> | Blå/brun |
| <input type="checkbox"/> | Blå/grøn |
| <input type="checkbox"/> | Blå/grå |
| <input type="checkbox"/> | Brun |
| <input type="checkbox"/> | Brun/grøn |
| <input type="checkbox"/> | Brun/grå |
| <input type="checkbox"/> | Grøn |
| <input type="checkbox"/> | Grøn/grå |
| <input type="checkbox"/> | Grå |
| <input type="checkbox"/> | Ved ikke |

Min hårfarve er (sæt kryds):

- | | |
|--------------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> | Lys blond |
| <input type="checkbox"/> | Blond |
| <input type="checkbox"/> | Mørk blond |
| <input type="checkbox"/> | Lys brun |
| <input type="checkbox"/> | Brun |
| <input type="checkbox"/> | Mørk brun |
| <input type="checkbox"/> | Rød |
| <input type="checkbox"/> | Rød blond |
| <input type="checkbox"/> | Rød brun |
| <input type="checkbox"/> | Sort |
| <input type="checkbox"/> | Ved ikke |

Min højde er (cm):

Min vægt er (kg):

MIN PROFESSION

MINE FRITIDSINTERESSER

MINE HELBREDSOPLYSNINGER

Alkohol, genstande om ugen:

Arvelige sygdom(me):

Allergi(er):

Fast medicin/for hvad?

Prævention:

Cykluslængde/ regelmæssig?

UDELUKKELSE OG KARANTÆNE

| | Ja | Nej | Ved ikke |
|--|----|-----|----------|
| Jeg ryger til hverdag og/eller fest | | | |
| Jeg har fået udført en tatovering, piercing eller skarificering inden for de seneste 6 måneder | | | |
| Jeg har haft sex med en mand, som har haft sex med en anden mand | | | |
| Jeg har indsprøjtet lægemidler af ikke-medicinske grunde | | | |
| Jeg har blødersygdom eller koagulationsforstyrrelser | | | |
| Jeg har ydet sex til andre for penge eller stoffer | | | |
| Jeg har inden for de seneste 6 måneder har haft sex med en person, der formodes at have HIV-infektion eller hepatitis B- eller C-infektion (smitsom leverbetændelse) | | | |
| Jeg har fysiske tegn på en kønssygdom | | | |
| Jeg eller nogen i min familie lider af alvorlige arvelige sygdomme | | | |

Tak for hjælpen

Med venlig hilsen,
Koordinator teamet ved Aagaard Fertilitetsklinik