****

**Egenerklæring for par ved assistert befruktning**

For å kunne behandle deres søknad om assistert befruktning trenger vi opplysninger om deres helse, økonomi, boforhold, og nære relasjoner. I henhold til bioteknologiloven må parets livssituasjon være slik at det fremtidige barnet får trygg oppvekst. Beslutning om å foreta behandling med sikte på assistert befruktning treffes av lege på bakgrunn av medisinske og psykososiale opplysninger, hvor det hvor det legges vekt på omsorgsevne og hensynet til barnets beste.

Disse vedleggene skal sendes sammen med søknadsskjema:

1. Barneomsorgsattest. Dere må selv søke attest hos politiet og oppgi hjemmelsgrunnlag bioteknologiloven § 2-6 andre ledd.
2. Henvisningskjema utfylt av lege.

|  |
| --- |
| Opplysninger om søker |

|  |  |
| --- | --- |
| Kvinnens etternavn, for- og mellomnavn: | |
| Fødselsnummer: Klikk her | |
| Statsborgerskap: Klikk her | |
| Epost: Klikk her | Telefon: Klikk her |
| Samboerskap/ekteskap inngått (dato):  Klikk her |  |
| Partner etternavn, for- og mellomnavn: Klikk her | |
| Fødselsnummer: Klikk her | |
| Statsborgerskap: Klikk her | |
| Epost: Klikk her | Telefon: Klikk her |
| Samboerskap/ekteskap inngått (dato): |  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| Utdanning og yrkeserfaring |

|  |
| --- |
| **Kvinnen:** |
| Utdanning:  **Klikk her** |
| Arbeidsplass i dag: |
| Stilling/stillingsandel: |
| Partner: |
| Utdanning: |
| Arbeidsplass i dag: |
| Stilling/stillingsandel: |

|  |
| --- |
| Barn fra tidligere forhold |
| **Kvinnen:** Ja  Nei |
| Hvis ja, antall barn, oppgi barnets/barnas alder og beskriv omsorgsfordeling. |
| **Partner:** Ja  Nei |
| Hvis ja, antall barn, oppgi barnets/barnas alder og beskriv omsorgsfordeling. |

|  |
| --- |
| Egenerklæring om arbeid og helse - kvinnen  Er du eller har du vært: |
| Langvarig sykmeldt de siste fem årene? Hvis ja, oppgi tidsrom og årsak. Egenmeldinger ved kortvarig sykefravær omfattes ikke. |
| Mottaker av arbeidsavklaringspenger? Hvis ja, oppgi tidsrom og årsak. |
| Helt eller delvis mottaker av uførepensjon? Hvis ja, oppgi tidsrom og årsak. |
| Mottaker av annen ytelse fra det offentlige? Hvis ja, spesifiser ytelse, tidsrom og årsak. |
| **Fysisk sykdom**  Har du hatt eller har du helseutfordringer som påvirker din hverdag? Fyll ut der det er relevant under. |
| Har du fått en eller flere fysiske diagnoser som du mottar eller har fått behandling for?  Hvis ja spesifiser når diagnosen ble satt og hvilken behandling du mottar/har mottatt.  Hvis ja, beskriv hvordan den fysiske sykdommen/lidelsen påvirker din fungering og ditt overskudd i hverdagen? |
| **Psykisk sykdom:**  Har du hatt eller har du helseutfordringer som påvirker din hverdag? Fyll ut der det er relevant under. |
| Har du en eller flere diagnoser på psykisk sykdom eller lidelse?  Hvis ja, spesifiser når diagnosen ble satt og hvilken behandling du mottar/har mottatt.  Hvis ja, beskriv hvordan den psykiske sykdommen/lidelsen påvirker din fungering og ditt overskudd i hverdagen? |

|  |
| --- |
| Egenerklæring om arbeid og helse - partner  Er du eller har du vært: |
| Langvarig sykmeldt de siste fem årene? Hvis ja, oppgi tidsrom og årsak. Egenmeldinger ved kortvarig sykefravær omfattes ikke. |
| Mottaker av arbeidsavklaringspenger? Hvis ja, oppgi tidsrom og årsak. |
| Helt eller delvis mottaker av uførepensjon? Hvis ja, oppgi tidsrom og årsak. |
| Mottaker av annen ytelse fra det offentlige? Hvis ja, spesifiser ytelse, tidsrom og årsak. |
| **Fysisk sykdom**  Har du hatt eller har du helseutfordringer som påvirker din hverdag? Fyll ut der det er relevant under. |
| Har du fått en eller flere fysiske diagnoser som du mottar eller har fått behandling for?  Hvis ja spesifiser når diagnosen ble satt og hvilken behandling du mottar/har mottatt.  Hvis ja, beskriv hvordan den fysiske sykdommen/lidelsen påvirker din fungering og ditt overskudd i hverdagen? |
| **Psykisk sykdom:**  Har du hatt eller har du helseutfordringer som påvirker din hverdag? Fyll ut der det er relevant under. |
| Har du en eller flere diagnoser på psykisk sykdom eller lidelse?  Hvis ja, spesifiser når diagnosen ble satt og hvilken behandling du mottar/har mottatt.  Hvis ja, beskriv hvordan den psykiske sykdommen/lidelsen påvirker din fungering og ditt overskudd i hverdagen? |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Levevaner: | | | | |
| **Kvinnen:** | | | | |
| Røyking | [ ] Nei | [ ] Av og til | [ ] Daglig | [ ] antall daglig |
| Snus | [ ] Nei | [ ] Av og til | [ ] Daglig | [ ] antall daglig |
| Alkohol | [ ] Nei | [ ] Av og til | [ ] Daglig | [ ] antall daglig |
| Andre rusmidler | [ ] Nei | [ ] Av og til | [ ] Daglig | [ ] antall daglig |
| **Partner:** | | | | |
| Røyking | [ ] Nei | [ ] Av og til | [ ] Daglig | [ ] antall daglig |
| Snus | [ ] Nei | [ ] Av og til | [ ] Daglig | [ ] antall daglig |
| Alkohol | [ ] Nei | [ ] Av og til | [ ] Daglig | [ ] antall daglig |
| Andre rusmidler | [ ] Nei | [ ] Av og til | [ ] Daglig | [ ] antall daglig |

|  |
| --- |
| Psykososialt miljø |
| Har dere familie eller venner som kan være en ressurs for dere og et eventuelt barn?  Hvis ja, beskriv under hyppighet av kontakt med nær familie, avstand til nær familie og eventuell kontakt med utvidet familie(onkler/tanter/søskenbarn/besteforeldre): |

|  |
| --- |
| Søknad om assistert befruktning skal legges ved vårt henvisningskjema og er et viktig grunnlag for vurdering av søknaden.  Om nødvendig kan egenerklæringen danne grunnlag for innhenting av tilleggsopplysninger fra behandler. Dersom det blir nødvendig å innhente opplysninger vil vi innhente samtykke i forkant. |

|  |  |
| --- | --- |
| Kvinnens underskrift | |
| Jeg vil melde fra dersom det skjer eller forventes endringer i min livssituasjon før behandling er påbegynt. Endringer jeg skal melde fra om er for eksempel samlivsbrudd, graviditet eller sykdom. | |
| Dato | Sted: |
| Signatur | |

|  |  |
| --- | --- |
| Partners underskrift | |
| Jeg vil melde fra dersom det skjer eller forventes endringer i min livssituasjon før behandling er påbegynt. Endringer jeg skal melde fra om er for eksempel samlivsbrudd, graviditet eller sykdom. | |
| Dato | Sted: |
| Signatur | |

Kilde: Reproduksjonsmedisinsk avdeling, Oslo Universitetssykehus <https://oslo-universitetssykehus.no/avdelinger/kvinneklinikken/reproduksjonsmedisinsk-avdeling#skjemaer-du-trenger>