

**1. Algemeen**

Naam : .....

Adres : .....

Postcode : .....

Woonplaats : .....

Telefoon thuis : .....

Telefoon mobiel : .....

Telefoon werk : .....

E-mail : .....

Verzekering : .....

Burger Service Nummer : .....

Geboortedatum : .....

Beroep : .....

Naam en geboortedatum partner : .....

**2. Voorgeschiedenis - algemeen**

Bent u ooit opgenomen geweest in een ziekenhuis, zo ja waarvoor Ja/Nee  
 .....

Bent u ooit geopereerd geweest, zo ja waaraan Ja/Nee  
 .....

Bent u bekend met:

Diabetes	Ja/Nee
Reuma	Ja/Nee
Trombose	Ja/Nee
Hypertensie (hoge bloeddruk)	Ja/Nee
Liesbreuk	Ja/Nee
Bof	Ja/Nee
Niet ingedaalde testikels	Ja/Nee

Hebt u ooit een ontsteking van de Bijbal / Zaadbal / Prostaat / Blaas doorgemaakt? Ja/Nee

Bent u ooit bij een medisch specialist onder behandeling geweest voor andere zaken dan bovengenoemd? Zo ja waarvoor Ja/Nee  
 .....

### 3. Anamnese

Sinds wanneer heeft u kinderwens met uw huidige partner (maand / jaar) .....

Hebt u kinderen uit andere relatie? Ja/Nee

Hebt u ooit een (onvervulde) kinderwens met andere partner gehad? Ja/Nee

Bent u ooit geconfronteerd met vruchtbaarheidsproblemen binnen eerdere relatie? Ja/Nee

*Indien u kinderen uit eerdere relatie hebt.*

Hoeveel kinderen hebt u? .. kind(eren)

Na hoeveel was uw toenmalige partner maanden zwanger? .. maanden

Hoe is het contact met kinderen? .....

Zijn er erectiestoornissen?

Zo ja, gebruikt u medicatie?

Zijn er ejaculatioestoornissen of problemen met intravaginaal ejaculeren?

Wat is uw lengte .. cm

Wat is uw gewicht .. kg

Gebruikt u medicijnen zo ja, welke Ja/Nee

.....

.....

Rookt u en zo ja hoeveel? Ja/Nee .. stuks

Gebruikt u alcohol en zo ja hoeveel drinkt u per dag Ja/Nee .. glazen

Gebruikt soft- of harddrugs u en zo ja welke en hoe vaak Ja/Nee .....

Komt u wel eens in aanraking met schadelijke chemische stoffen Ja/Nee

### 4. Familieanamnese

Komen er in uw familie aangeboren afwijkingen voor? Zo ja, specificeer

Komen er in uw familie aangeboren erfelijke ziekten? Zo ja, specificeer

Komen er in uw familie vruchtbaarheidsstoornissen voor? Zo ja, specificeer

### 5. Allergieën

Bent u allergisch voor:

Antibiotica Ja/Nee

Latex Ja/Nee

Jodium Ja/Nee

Pleisters Ja/Nee