

1. Algemeen

Meisjesnaam :

Naam echtgenoot :

Adres :

Postcode :

Woonplaats :

Telefoon thuis :

Telefoon mobiel :

Telefoon werk :

E-mail :

Verzekering :

Burger Service Nummer :

Geboortedatum :

Patiëntnummer (indien bekend) :

Beroep :

Naam en geboortedatum partner :

2. Vragen tav kinderwens

Sinds wanneer hebt u met uw huidige partner kinderwens? maand/jaar

Wat voor vorm van anticonceptie hebt u gebruikt? pil/condoom/spiraal/anders

Wanneer heeft u dit gestaakt? maand/jaar

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

Is uw cyclus regelmatig? Ja/Nee

Hoe lang duurt uw cyclus?
Tel daarvoor vanaf de eerste dag dat u bloedverlies hebt het aantal dagen tot u opnieuw bloedverlies krijgt.
Geef zo mogelijk de begindata van de laatste drie menstruaties op

Hoeveel dagen heeft u bloedverlies tijdens een normale menstruatie? . . dagen

Hebt u (veel) pijn tijdens menstruatie? Ja/Nee

Gebruik u pijnstillers tijdens menstruatie? Zo ja, welke? Ja/Nee

2. Vragen tav kinderwens (vervolg)

Is er wel eens sprake van tussentijds bloedverlies? Ja/Nee

Hebt u wel eens bloedverlies tijdens of na het vrijen? Ja/Nee

Hoe oud was u toen u voor het eerst van uw leven ongesteld werd . . . jaar

Hebt u een normale puberteit ontwikkeling doorgemaakt? Ja/Nee

Weet u of uw moeder geneesmiddelen (zoals DES) gebruikt heeft tijdens haar zwangerschap? Ja/Nee

Hoe vaak hebben uw partner en u gemiddeld per week of maand gemeenschap? . . . maal per week/maand

Richt u zich daarbij op de eisprong (ovulatie)? Ja/Nee

Gebruikt u LH(ovulatie) testen (bv ClearBlue) om het tijdstip van de eisprong te bepalen? Ja/Nee

Hebt u pijn bij het vrijen? Ja/Nee

Zijn er vervelende seksuele ervaringen in het verleden geweest? Ja/Nee

waar wij rekening mee moeten houden? Ja/Nee

Hebt u overmatig last van acne? Ja/Nee

Komt er wel eens vocht/melk uit de tepels? (spontaan of als u ze stimuleert) Ja/Nee

Hebt u last van opvliegers? Ja/Nee

Hebt u last van ongewenste / overmatige haargroei; zo ja kunt u aangeven waar? Ja/Nee

Hebt u ooit een seksueel overdraagbare aandoening (SOA) doorgemaakt? Ja/Nee

Zo ja welke?

Wanneer is het laatste uitstrijkje van de baarmoederhals gemaakt?

Wat is uw lengte . . . cm

Wat is uw gewicht . . . kg

Is uw gewicht de afgelopen tijd stabiel gebleven Ja/Nee

Gebruikt u medicijnen; zo ja welke

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

5. Voorgeschiedenis – algemeen

Bent u ooit opgenomen geweest in een ziekenhuis?

Zo ja, waarvoor?

.....

Bent u ooit geopereerd?

Ja/Nee

Bijvoorbeeld kijkoperatie buik, blindedarmontsteking

Zo ja, welk jaar en waaraan bent u geopereerd?

.....

Bent u bij een of meer medisch specialist(en) onder behandeling (geweest)?

Ja/Nee

Zo ja welke specialist en waarvoor?

.....

Bent u bekend met:

Diabetes

Ja/Nee

Reuma

Ja/Nee

Trombose

Ja/Nee

Hoge bloeddruk

Ja/Nee

6. Allergieën

Bent u allergisch voor:

Antibiotica

Ja/Nee

zo ja, welke (informeer zo nodig bij uw huisarts)

.....

Latex

Ja/Nee

Jodium

Ja/Nee

Pleisters

Ja/Nee

7. Familie

Komen er in uw familie:

Aangeboren afwijkingen voor (*hartafwijkingen; open rug; hazenlip etc.*)

Borstkanker

Ja/Nee

Eierstokkanker

Ja/Nee

Meerlingen

Ja/Nee

Endometriose

Ja/Nee

Trombose

Ja/Nee

Voortijdige overgang

Ja/Nee

Zwakzinnigheid

Ja/Nee

Erfelijke ziekten

Ja/Nee