



Polikliniek fertiliteit/Vragenlijst vrouw

Datum:

Persoonlijke gegevens

Naam:

Geboortedatum:

Adres:

Nationaliteit

Telefoonnummer vast:

Telefoonnummer mobiel:

Emailadres:

Speciale anamnese

Zwangerschappen

- | | |
|--|-----------------------------|
| Bent u ooit zwanger geweest? | ja/nee |
| Indien ja: was dit na een vruchtbaarheidsbehandeling? | ja/nee/niet van toepassing |
| Heeft u kinderen met uw huidige partner? | ja/nee/ niet van toepassing |
| Indien ja: hoeveel kinderen en welke leeftijd? | |
| Zijn de kinderen gezond? | ja/nee/ niet van toepassing |
| Indien nee: welke ziekte? | |
| Heeft u kinderen uit een eerdere relatie? | ja/nee/ niet van toepassing |
| Indien ja: hoeveel kinderen en welke leeftijd? | |
| Zijn deze kinderen gezond? | ja/nee/ niet van toepassing |
| Indien nee: welke ziekte? | |
| Waren er complicaties tijdens de zwangerschap(pen)? | ja/nee/ niet van toepassing |
| Indien ja: welke problemen deden zich voor? | |
| Waren er complicaties bij de bevalling? | ja/nee/ niet van toepassing |
| Heeft u wel eens een miskraam gehad? | ja/nee/ niet van toepassing |
| Indien ja: hoe vaak, wanneer en hoeveel weken was de zwangerschap toen | |
| Heeft u borstvoeding gegeven na de bevalling? | ja/nee/ niet van toepassing |

Heeft u wel eens een uitstrijkje op baarmoederhalskanker laten maken? ja/nee
 Indien ja: wanneer is het laatste uitstrijkje gemaakt?maand/jaar
 Was de uitslag van het uitstrijkje goed? ja/nee/ niet van toepassing
 Heeft u last van afscheiding, jeuk of branderig gevoel van de vagina? ja/nee
 Heeft u wel eens een geslachtsziekte gehad? ja/nee
 Indien ja: welke geslachtsziekte en wanneer?

Leefstijl

Gebruikt u momenteel foliumzuur? ja/nee
 Rookt u? ja/nee
 Indien ja: sigarettensigarenshag per dag
 Gebruikt u alcohol? ja/nee
 Indien ja: bier wijn gedestilleerd per week
 Gebruikt u drugs? ja/nee
 Indien ja: welke drugs en hoe vaak?
 Hoeveel koffie drinkt u per dag? koppen.
 Sport u? ja/nee indien ja: welke sport beoefent u?

Voorgeschiedenis

Bent u wel eens opgenomen geweest of geopereerd? ja/nee
 Indien ja: wanneer was dit en waarvoor?
 Bent u op dit moment onder behandeling van huisarts of specialist? ja/nee
 Indien ja: bij wie en waarvoor?
 Bent u bekend met psychische klachten? Ja/nee
 Indien ja: welke klachten en wanneer was dit?

Familie anamnese

Zijn u en uw partner bloedverwanten? ja/nee
 Indien ja: op wat voor manier?
 Komen er in de familie aangeboren of erfelijke ziekten voor? ja/nee
 Indien ja: welke aandoening en bij welk familielid?
 Komt er in de familie verminderde vruchtbaarheid of onvruchtbaarheid voor? ja/nee
 Indien ja: bij welk familielid?
 Op welke leeftijd kwam uw moeder in de overgang?

Heeft u broers of zussen? zussen broers

In dien ja: hoe groot is het leeftijdsverschil?

Komen er in de familie hart- en vaatziekten voor? ja/nee

Indien ja: bij welk familielid en welke ziekte?

Komt er in de familie hoge bloeddruk voor? ja/nee

Indien ja: bij welk familielid?

Komt er in de familie hoog cholesterol voor? ja/nee

Indien ja: bij welk familielid?

Komt er in de familie suikerziekte voor? ja/nee

Indien ja: bij welk familielid?

Komt er in de familie schildklierproblemen voor? ja/nee

Indien ja: bij welk familielid?

Komt er in de familie borstkanker voor? ja/nee

Indien ja: bij welk familielid

Komt er in de familie kanker van de vrouwelijke geslachtsorganen voor? ja/nee

Indien ja: bij welk familielid

Medicijngebruik

Gebruikt u medicijnen? ja/nee

Indien ja: naam medicijn/ dosering/ sinds wanneer?

Allergieën

Bent u allergisch voor:

Jodium? ja/nee Pleisters? ja/nee

Antibiotica? ja/nee Contrastvloeistof? ja/nee

Overige allergieën:

Sociaal

Wat is uw beroep?

Wat is uw hoogste genoten opleiding?

Opmerkingen/vragen**Toestemming tot overdracht huisarts**

Ik ga ermee akkoord dat mijn huisarts wordt ingelicht over de onderzoeken en behandelingen in het Zuyderland Medisch Centrum:

.....

Datum

.....

Handtekening