

## VRAGENLIJST VERLOSKUNDIGENPRAKTIJK BREEDSTRAAT

Wil je dit formulier zo **nauwkeurig en volledig mogelijk** invullen en meenemen naar de eerste afspraak met de verloskundige. Vergeet je verzekeringspasje en identiteitsbewijs niet mee te nemen.

### ALGEMENE GEGEVENS

Voornaam: ..... Voorletters: .....

Meisjesnaam: .....

Geboortedatum: ..... Geboorteland: .....

Adres: .....

Telefoonnummer: ..... (vast) ..... (mobiel)

Verzekeringsmaatschappij: ..... polisnummer: .....

Burgerservicenummer (BSN): .....

Beroep: ..... ( fulltime / parttime)

Voornaam partner: ..... Achternaam partner: .....

Beroep partner: ..... ( fulltime / parttime)

Burgerlijke staat: alleenstaand / samenwondend / gehuwd / anders: .....

Wie is je huisarts? ..... (stel deze op de hoogte van je zwangerschap)

Wat is je lengte? ..... cm

Wat was je gewicht voordat je zwanger werd? .....kg

### VRAGEN TEN AANZIEN VAN DEZE ZWANGERSCHAP

Wat was de eerste dag van je laatste menstruatie? ..... - ..... - .....

Was de duur van deze menstruatie normaal?

- ja
- nee, anders namelijk:

Kwam deze menstruatie op tijd (op de dag dat je deze verwachtte)?

- ja
- nee, anders namelijk:

Ben je normaal gesproken regelmatig ongesteld? JA / NEE

Hoeveel dagen zaten er normaal gesproken tussen het begin van de ene en het begin van de daaropvolgende menstruatie?

- altijd precies 28 dagen, de eerste dag van mijn menstruatie viel altijd op dezelfde dag
- altijd precies ..... dagen
- onregelmatig, variërend tussen ..... en ..... dagen

Wanneer heb je (een) zwangerschapstest(en) gedaan?

..... positief/negatief

..... positief/negatief

Heb je voorbehoedsmiddelen gebruikt in de laatste 3 maanden voordat je zwanger werd?

- Ja, welke en tot wanneer:
- Nee

VRAGEN TEN AANZIEN VAN VORIGE ZWANGERSCHAPPEN

Is dit de eerste keer dat je zwanger bent (ook miskraam en/of abortus opgeven):

- ja (ga door naar vragen over je gezondheid)
- nee, vul dan hieronder de gegevens van voorafgaande zwangerschappen in:

	(geboorte) datum	Zwanger- schapsduur	Thuis / ziekenhuis	Verloskundige / gynaecoloog	Naam en geslacht	Gewicht
1					j/m	
2					j/m	
3					j/m	
4					j/m	

Waren er bijzonderheden tijdens de vorige zwangerschap(pen) en of bevalling(en)?

Zijn alle kinderen nu gezond?

- Ja
- Nee, toelichting:

## Vragen ten aanzien van je gezondheid

Gebruik je medicijnen en/of vitaminepreparaten?

- Nee
- Ja, welke en hoe vaak:

Gebruik je foliumzuur?

- Ja, vanaf wanneer:
- Nee

Drink je alcohol tijdens de zwangerschap?

- Nee
- Ja, hoeveel per week:

Rook je?

- Nee
- Ja, hoeveel per dag:

Gebruik je drugs (wiet, hasj, pillen/xtc, heroïne, methadon)?

- Nee
- Ja, welke en wanneer:

Ben je ergens allergisch voor (hooikoorts, pleisters, medicijnen, latex, voeding)?

- Nee
- Ja, waarvoor ben je allergisch:

Is er wel eens een uitstrijkje gemaakt?

- Nee
- Ja, wanneer en wat was de uitslag:

Ben je (als kind) gevaccineerd tegen de rode hond? JA / NEE

Heb je ooit één van de volgende ziektes gehad? (aankruisen indien van toepassing en evt. toelichten)

- |   |                                    |
|---|------------------------------------|
| <input type="radio"/> Blaasontsteking                   | <input type="radio"/> Suikerziekte |
| <input type="radio"/> Operatie                          | <input type="radio"/> Longziekte   |
| <input type="radio"/> Bloedtransfusie                   | <input type="radio"/> Leverziekte  |
| <input type="radio"/> Trombose                          | <input type="radio"/> Hartziekte   |
| <input type="radio"/> Koortslip (jijzelf of je partner) | <input type="radio"/> Epilepsie    |
| <input type="radio"/> Geslachtsziekte                   | <input type="radio"/> Nierziekte   |
| <input type="radio"/> Schildklierziekte                 | <input type="radio"/> Spataderen   |

Toelichting (graag jaartal en bijzonderheden benoemen):

Ben je ooit opgenomen in het ziekenhuis of onder behandeling van een medisch specialist geweest?

- Nee
- Ja, waarvoor en wanneer:

Ben ooit onder behandeling geweest van een psycholoog of psychiater?

- Nee
- Ja, waarvoor en wanneer:

Heb je ooit een negatieve seksuele ervaring gehad? JA / NEE

Ben je wel eens in aanraking geweest met (huiselijk) geweld? JA / NEE

### VRAGEN TEN AANZIEN VAN JE FAMILIE

Komen de volgende ziekten bij jou in de familie voor (alleen ouders, broers, zussen van jezelf)?

- Stofwisselingsziekten
- Stollingsstoornissen
- Hoge bloeddruk
- Suikerziekte

Komen er in de directe familie van jou of die van je partner aangeboren afwijkingen voor?

(bijvoorbeeld kinderen met een handicap, hartafwijking, of kinderen overleden door een afwijking)

- Nee
- Ja, bij wie en om welke afwijking(en) gaat het:

Komen er in de familie van jou of die van je partner erfelijke ziekten of afwijkingen voor?

- Nee
- Ja, bij wie en om welke ziekte/afwijking gaat het:

Is je partner gezond? JA / NEE:

Rookt je partner? NEE / JA

Zijn jij en je partner familie van elkaar? NEE / JA

Heeft je partner kinderen uit een andere relatie? NEE / JA:

Tot slot, zijn er nog bijzonderheden die voor deze zwangerschap/bevalling belangrijk kunnen zijn?

Bedankt voor het invullen!

Verloskundigen Breedstraat