

Vragenlijst fertiliteit Man

Persoonsgegevens

Naam	
Voorletters	
Geboortedatum	
BSN	
Adres	
Postcode	
Woonplaats	
Telefoonnummer	
Mobiel nummer	
Email	
Huisarts (inclusief plaats)	
Verzekerd bij	
Polisnummer	
Naam partner	
Geboortedatum partner	

Kinderwens

Sinds wanneer probeert u met uw huidige partner kinderen te krijgen?

..... (maand & jaar)

Sinds wanneer heeft u een relatie met uw huidige partner?

..... (maand & jaar)

Heeft u kinderen met uw huidige partner?

Ja / Nee

Zo ja, hoeveel?

.....

Zijn deze zwangerschappen spontaan tot stand gekomen?

Ja / Nee

Heeft u kinderen uit een eerdere relatie?

Ja / Nee

Zo ja, hoeveel?

.....

Zijn deze zwangerschappen spontaan tot stand gekomen?

Ja / Nee

Heeft u ooit een zwangerschap tot stand gebracht zonder dat er een kind uit geboren is? (bv miskraam, buitenbaarmoederlijke zwangerschap, abortus, vroeggeboorte)

Ja / Nee

Indien ja, hoe vaak?

..... keer

Door wie werd u verwezen? (bv huisarts, specialist, anders)

.....

Sociale gegevens

Bent u in Nederland geboren?

Ja / Nee

Zo nee, in welk land bent u geboren?

Welke opleiding heeft u gevolgd?

MBO/HBO/Universiteit/anders

Heeft u betaald werk?

Ja / Nee

Zo ja, wat doet u voor werk?

Gebruikt u op dit moment medicijnen?

Ja / Nee

Zo ja, welke en waarvoor? Graag naam en dagdosering invullen.

.....

Komt u op uw werk in aanraking met röntgenstraling? Ja / Nee

Werkt u regelmatig met chemische stoffen? Ja / Nee

Zo ja, welke.....

Familiaire gegevens

Komen er in de familie vruchtbaarheidsproblemen voor? Ja / Nee

Zo ja, welke?

Komen er in de familie aangeboren afwijkingen voor? Ja / Nee

Zo ja, welke?

Komen er in de familie familiale ziekten voor? Ja / Nee

(bv suikerziekte, hart en vaatziekten, kanker)

Zo ja, welke?

Urologische gezondheid & ziekten

Had of heeft u een van de volgende aandoeningen?

- Niet ingedaalde zaadbal als kind Ja / Nee
Indien ja, was dit links, rechts of beiderzijds
- Hydrocele (vochtophoping in de zaadbal) Ja / Nee
- Hypospadie (uitmonding van de urinebuis op de verkeerde plaats) Ja / Nee
- Liesbreuk Ja / Nee
- Trauma aan de zaadbal Ja / Nee
- Draaiing van de zaadbal Ja / Nee
- Boforchitis (bof met ontsteking van de zaadballen) Ja / Nee

Heeft u ooit een SOA gehad? (bv Chlamydia/gonorrhoe/syfilis) Ja / Nee

Zo ja, welke?

Wanneer? (graag jaar invullen)

Heeft u daarvoor antibiotica gehad? Ja / Nee

Heeft u ooit urologische operaties ondergaan? Ja / Nee
(bv sterilisatie, hersteloperatie, liesbreuk, correctie niet ingedaalde zaadballen etc.)
Zo ja, welke?

Graag informatie over aandoening en behandeling meesturen met deze vragenlijst

Algemene gezondheid, ziekten & allergieën

Bent u gezond? Ja / Nee
Indien nee, graag toelichting

Had of heeft u een van de volgende aandoeningen?

- Ernstige vorm van longziekten Ja / Nee
- Hart en vaatziekten Ja / Nee
- Suikerziekte Ja / Nee
- Trombose of longembolie Ja / Nee
- Auto immuunziekte Ja / Nee
- Nierlijden Ja / Nee
- Kanker Ja / Nee
- Psychiatrische of psychologische aandoening Ja / Nee

Zo ja, graag toelichting:

Bent u ergens allergisch voor Ja / Nee
Zo ja, graag toelichting:

Heeft u ooit chemotherapie gehad? Ja / Nee
Zo ja, welke kuur (indien bekend) en voor welke aandoening?

Graag informatie over aandoening en behandeling meesturen met deze vragenlijst

Seksuele gezondheid

Hoe vaak per week heeft u gemeenschap? keer

Heeft u last van libidoverlies (geen zin in gemeenschap)? Ja / Nee

Heeft u last van erectieproblemen? Ja / Nee

Heeft u moeite met de zaadlozing? Ja / Nee

Zo ja, eventuele toelichting

Lifestyle gegevens

- Rookt u? Ja / Nee
 Zo ja, hoeveel? sig/dag
- Drinkt u alcohol? Ja / Nee
 Zo ja, hoeveel? (eenheden per week)
- Gebruikt u drugs? Ja / Nee
 Zo ja, welke? Cannabis/marihuana Ja / Nee /week
 Cocaine Ja / Nee /week
 XTC/MDMA Ja / Nee /week
 Heroïne Ja / Nee /week
 Amfetaminen Ja / Nee /week
 GHB Ja / Nee /week
- Komt u op uw werk in aanraking met röntgenstraling? Ja / Nee
- Werkt u regelmatig met chemische stoffen? Ja / Nee
- Wat is uw lengte? cm
- Wat is uw gewicht? kg

Eerder vruchtbaarheidsonderzoek

- Heeft u in het verleden vruchtbaarheidsonderzoeken gedaan? Ja / Nee
 Zo ja, in welk ziekenhuis?
- Was dat met uw huidige partner? Ja / Nee
- Welke onderzoeken zijn er verricht? Was de uitslag goed of afwijkend?
 - Zaadonderzoek Goed / Afwijkend
- Indien bekend, wat was het probleem van de vruchtbaarheidsstoornis?

Eerdere vruchtbaarheidsbehandelingen

Heeft u in het verleden vruchtbaarheidsbehandeling(en) gehad? Ja / Nee

Zo ja, in welk ziekenhuis?

Was dat met uw huidige partner? Ja / Nee

Welke behandeling(en) heeft u gehad? En hoeveel?

Graag informatie over behandeling(en) meesturen met deze vragenlijst

Bent u akkoord dat uw huisarts wordt geïnformeerd over uw onderzoek en behandeling? Ja / Nee

Hartelijk dank voor uw moeite.