

Vragenlijst fertiliteit Vrouw

Persoonsgegevens

Naam	
Meisjesnaam	
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)

Bent u eerder zwanger geweest?

Ja / Nee

Zo ja, graag tabel hieronder invullen

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

.....

Indien u zwanger bent geweest, vul dan onderstaande tabel in

Jaar	Spontaan zwanger of na behandeling (welke)	Uitkomst zwangerschap (gezond kind/ miskraam/ buitenbaarmoederlijke zwangerschap/abortus/ vroeggeboorte)	Meisje/ jongen	Bevalling (vaginaal/ keizersnee)	Waar	Uit deze relatie of een vorige

Heeft u ooit gynaecologische operaties ondergaan? Ja / Nee
 Zo ja, welke? (bv curettages, cysteverwijdering eierstokken,
 verwijdering eileider, sterilisatie etc.)

.....

Bent u ooit geopereerd? Ja / Nee
 Zo ja, waarvoor en wanneer

Graag informatie over aandoening en behandeling meesturen met deze vragenlijst

Seksuele gezondheid

Hoe vaak per week heeft u gemeenschap? keer

Houdt u rekening met uw eisprong? Ja / Nee

Heeft u pijn bij het vrijen? Ja / Nee

Heeft u ooit een negatieve seksuele ervaring meegemaakt? Ja / Nee
 Zo ja, eventuele toelichting

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?

Onderzoek menstruele cyclus (echo monitoring)	Goed / Afwijkend
Foto eileiders/baarmoeder (HSG)	Goed / Afwijkend
Kijkoperatie	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 aandoening en behandeling meesturen met deze vragenlijst

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?

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
	Cocaïne	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
- Gebruikt u foliumzuur? Ja / Nee

Algemene gezondheid, ziekten & allergieën

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:
.....

- Heeft u ooit chemotherapie gehad? Ja / Nee
- Zo ja, welke kuur (indien bekend) en voor welke aandoening?
- Gebruikt u op dit moment medicijnen? Ja / Nee
- Zo ja, welke en waarvoor? Graag naam en dagdosering invullen.

Familiaire gegevens

- Komen er in de familie vruchtbaarheidsproblemen voor? Ja / Nee
- Zo ja, welke?
- Was uw moeder vroeg in de overgang? Ja / Nee
- Komen er in de familie aangeboren afwijkingen voor? Ja / Nee
- Zo ja, welke?

Komen er in de familie familiale ziekten voor?
(bv suikerziekte, hart en vaatziekten, kanker)
Zo ja, welke?

Ja / Nee

Wat is uw lengte?

..... cm

Wat is uw gewicht?

..... kg

Allergieën

Bent u allergisch voor een van de volgende dingen?

Jodium

Ja / Nee

Bruine pleisters

Ja / Nee

Latex

Ja / Nee

Antibiotica

Ja / Nee

Zo ja, welke?

Heeft u in de afgelopen 2 jaar een uitstrijkje laten
maken voor het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker?

Ja / Nee

Zo ja, wanneer en wat was de uitslag?

.....

**Bent u akkoord dat uw huisarts wordt geïnformeerd over
uw onderzoek en behandeling?**

Ja / Nee

Hartelijk dank voor uw moeite