



## Zwangerschapsformulier

### Persoonsgegevens

#### Gegevens vrouw

Roepnaam	<input type="text"/>	E-mailadres	<input type="text"/>
Voorletters	<input type="text"/>	Burgerlijke staat	<input type="text"/>
Meisjesachternaam	<input type="text"/>	Hoogste vooropleiding	<input type="text"/>
Achternaam partner:	<input type="text"/>	Beroep	<input type="text"/>
Gebruikt u deze naam	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee	Werkkring	<input type="text"/>
Geboortedatum	<input type="text"/>	Naam huisarts	<input type="text"/>
Nationaliteit	<input type="text"/>	Naam verzekering	<input type="text"/>
Godsdienst	<input type="text"/>	Verzekeringnummer	<input type="text"/>
Geboorteland	<input type="text"/>	Sofinummer (BSN)	<input type="text"/>
Straat & Huisnummer	<input type="text"/>		
Postcode	<input type="text"/>		
Woonplaats	<input type="text"/>		
Telefoon nummer	<input type="text"/>		
Mobiel nummer	<input type="text"/>		

#### Gegevens partner

Roepnaam	<input type="text"/>
Voorletters	<input type="text"/>
Achternaam	<input type="text"/>
Mobiel nummer	<input type="text"/>
Hoogste vooropleiding	<input type="text"/>
Beroep	<input type="text"/>
Werkkring	<input type="text"/>

Heeft u kinderen uit een eerdere relatie?  Ja  Nee





## Herkomst

Hoe kwam u aan ons adres?  
(meerdere antwoorden mogelijk)

- Mijn huisarts heeft mij verwezen
- Mijn gynaecoloog heeft mij verwezen
- Via de Gouden gids
- Via het telefoonboek
- Via de gemeentegids
- Via mensen uit de omgeving
- Via het internet
- Van mijn vorige zwangerschap(pen)
- Overig, namelijk:

## Vorige Zwangerschappen

Is dit uw eerste Zwangerschap?

- Ja  Nee

Indien nee, vul de volgende  
aantallen in:

Aantal bevallingen

Aantal miskramen

Aantal abortus

Aantal kinderen

*Neem zo mogelijk gegevens van uw vorige  
zwangerschap(pen) en bevalling(en) mee naar de  
eerste controle indien u niet bij ons bekend bent of  
langer dan 10 jaar geleden bevallen bent.*

Was dit een geplande zwangerschap?

- Ja  Nee

Hoe lang heeft geduurd voordat u  
zwanger werd?





## Menstruele cyclus

Wat was de eerste dag van uw laatste menstruatie

Verliep deze menstruatie normaal?

Ja  Nee

indien 'nee':  
Waarom was de menstruatie dan anders?

Heeft u een regelmatige cyclus?

Ja  Nee

Heeft u voorheen anticonceptie gebruikt?

Ja  Nee

indien 'ja':  
Welke? Wanneer bent u gestopt of is het verwijderd?

Wanneer gaf uw zwangerschapstest voor het eerst een positieve uitslag?

Heeft u al een echo gehad?

Ja  Nee

Indien ja, neem dan de uitslag mee naar de eerste controle





## Medisch verleden

Bent u ooit wel eens langdurig onder controle geweest bij de huisarts voor dezelfde klacht?

Ja  Nee

Indien ja: Voor welke klacht?

Bent u ooit onder behandeling geweest van een specialist.

Ja  Nee

Indien ja: Welke aandoening en wanneer?

Bent u ooit geopereerd?

Ja  Nee

Indien ja: Wat was de reden en wanneer?

Heeft u wel eens meerdere malen per jaar een blaasontsteking, of ooit een urineweginfectie gehad?

Ja  Nee

Indien ja: Hoe vaak heeft u het en wanneer?

Is bij u ooit hoge bloeddruk geconstateerd?

Ja  Nee

Indien ja: Gebruikt u medicijnen en welke?

Heeft u ooit uw bovenbeen of bekken gebroken?

Ja  Nee

Heeft u ooit trombose gehad of een longembolie?

Ja  Nee

Indien ja: Wanneer en hoe bent u behandeld?

Heeft u wel eens een bloedtransfusie gehad?

Ja  Nee

Indien ja: Wat was de reden en wanneer?





Heeft u ooit een geslachtsziekte (SOA) doorgemaakt?

Ja  Nee

Indien ja: Welke SOA, wanneer? Hoe bent u behandeld?

Bent u wel eens in aanraking geweest met seksueel geweld zoals aanranding, verkrachting of incest?

Ja  Nee

Indien ja: Tijdens de eerste controle zullen we met u bespreken, in hoeverre dit invloed heeft op de beleving van de zwangerschap en bevalling en hoe we hierin kunnen ondersteunen.

Heeft u nu of vroeger wel eens te maken gehad met huiselijk geweld.

Ja  Nee

Indien ja: In hoeverre?

Bent u ooit bij een psycholoog of psychiater onder behandeling geweest?

Ja  Nee

Indien ja: wat was de reden en wanneer?

Bent u allergisch?

Ja  Nee

Indien ja: Waarvoor?

Heeft u medicijnen gebruikt, vlak voor of tijdens deze zwangerschap?

Ja  Nee

Indien ja: Welke en in welke hoeveelheden?

Heeft u foliumzuur geslikt?

Ja  Nee

Indien ja: Vanaf wanneer?

Rookt u?

Ja  Nee  Gestopt

Indien ja: Hoeveel per dag? Indien gestopt: Wanneer?





Heeft u ooit drugs gebruikt of gebruikt u het momenteel?

Ja  Nee  Voorheen wel gebruikt

Indien ja: Welke drugs gebruik(te) u en hoe vaak?

## Familiaire achtergrond

De vragen betreffen uw hele familie, uw partner en de ouders, broers en zusters van uw partner.

Komt er suikerziekte voor?

Ja  Nee

Indien ja: Wie heeft het? Welk type is het? Welke medicijnen worden gebruikt?

Komt er hoge bloeddruk voor?

Ja  Nee

Indien ja: Wie heeft het?

Komen er aangeboren afwijkingen voor in de familie? (Denk bijvoorbeeld aan syndroom v. Down, open rug, hazenlip, hartafwijkingen etc.) Zijn er baby's dood geboren of gestorven voor of na de bevalling?

Ja  Nee

Indien ja: Welke aandoening? Bij wie? Weet u of deze afwijking erfelijk is? Is er een reden voor het overlijden van de baby?

Is uw partner gezond?

Ja  Nee

Zijn eventuele kinderen gezond?

Ja  Nee

Komen er nog andere (erfelijke) ziektes voor in de familie die u graag met ons wilt bespreken?

Ja  Nee

Indien ja: Welke?

