



## Vragenlijst fertiliteit

### PERSOONLIJKE GEGEVENS WENSMOEDER

Naam \_\_\_\_\_

Voornaam \_\_\_\_\_

Geboortedatum \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_

Postcode \_\_\_\_\_

Gemeente \_\_\_\_\_

Land \_\_\_\_\_

Taal \_\_\_\_\_

Telefoon/GSM \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Beroep \_\_\_\_\_

RRN \_\_\_\_\_

### PERSOONLIJKE GEGEVENS MEEMOEDER

Naam \_\_\_\_\_

Voornaam \_\_\_\_\_

Geboortedatum \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_

Postcode \_\_\_\_\_

Gemeente \_\_\_\_\_

Land \_\_\_\_\_

Taal \_\_\_\_\_

Telefoon/GSM \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Beroep \_\_\_\_\_

RRN \_\_\_\_\_



**CONTACTGEGEVENS VAN UW EIGEN GYNAECOLOOG**

Naam \_\_\_\_\_

Voornaam \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_

Postcode \_\_\_\_\_

Gemeente \_\_\_\_\_

Land \_\_\_\_\_

Taal \_\_\_\_\_

Telefoon/GSM \_\_\_\_\_

**SAMENVATTING VAN UW CONCRETE HULPVRAAG**

**GEGEVENS KOPPEL**

Burgerlijke status:  getrouwd sinds \_\_\_\_\_  samenwonend sinds \_\_\_\_\_

Duur relatie: \_\_\_\_\_



## GEGEVENS WENSMOEDER

### 1. Familiale voorgeschiedenis

Mensen in de familie?	Nee	Ja	
Borstkanker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Eierstokkanker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Aangeboren afwijking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Erfelijke aandoening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Andere/ opm	_____		

### 2. Chirurgische voorgeschiedenis

Heeft u ooit een ingreep/operatie ondergaan?  nee  ja

Indien ja, welk jaar en naam ingreep: \_\_\_\_\_

---

### 3. Medische voorgeschiedenis

Bent u ooit ernstig ziek geweest?  nee  ja

Indien ja, welke ziekte en wanneer? \_\_\_\_\_

---

Bent u gekend met een chronische aandoening?  nee  ja

Indien ja, welke aandoening en wordt u hiervoor opgevolgd? \_\_\_\_\_

---

### 4. Gynaecologische voorgeschiedenis

Op welke leeftijd kreeg de eerste maal uw menstruatie \_\_\_\_\_ jaar

Heeft u ooit gynaecologische problemen gehad  nee  ja

Indien ja, welke en wanneer? \_\_\_\_\_

---

Heeft u ooit een gynaecologische ingreep ondergaan?  nee  ja



Indien ja, welk jaar en naam ingreep? \_\_\_\_\_

Bent u gekend met endometriose?  nee  ja

Heeft u een regelmatige cyclus?  nee  ja

Wat is de tijdsperiode tussen de 1<sup>e</sup> dag van uw menstruatie en de volgende menstruatie ?

minimaal \_\_\_\_\_ dagen/ maximaal \_\_\_\_\_ dagen

Aantal dagen bloedverlies? \_\_\_\_\_ dagen

Hoeveel bloedverlies heeft u bij de menstruatie?

weinig  normaal  hevig

Heeft u tijdens de menstruatie pijnlijke krampen?  nee  ja

licht  matig  ernstig

Heeft u pijn tijdens seksuele betrekkingen?  nee  ja

#### 5. Verloskundige voorgeschiedenis

Bent u ooit eerder zwanger geweest?  nee  ja

*Indien u nooit eerder zwanger was, ga naar pagina 6: allergie en risicofactoren*



Hoeveel zwangerschappen (inclusief miskramen en afbrekingen) heeft u ooit gehad?

Zwangerschap	Jaar	Fertiliteits-behandeling	zwangerschapsevolutie
1 <sup>e</sup>		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> levend geboren kind <input type="checkbox"/> miskraam <input type="checkbox"/> buitenbaarmoederlijk <input type="checkbox"/> zwangerschapsafbreking <input type="checkbox"/> niet-levend geboren kind
2 <sup>e</sup>		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> levend geboren kind <input type="checkbox"/> miskraam <input type="checkbox"/> buitenbaarmoederlijk <input type="checkbox"/> zwangerschapsafbreking <input type="checkbox"/> niet-levend geboren kind
3 <sup>e</sup>		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> levend geboren kind <input type="checkbox"/> miskraam <input type="checkbox"/> buitenbaarmoederlijk <input type="checkbox"/> zwangerschapsafbreking <input type="checkbox"/> niet-levend geboren kind
4 <sup>e</sup>		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> levend geboren kind <input type="checkbox"/> miskraam <input type="checkbox"/> buitenbaarmoederlijk <input type="checkbox"/> zwangerschapsafbreking <input type="checkbox"/> niet-levend geboren kind
5 <sup>e</sup>		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> levend geboren kind <input type="checkbox"/> miskraam <input type="checkbox"/> buitenbaarmoederlijk <input type="checkbox"/> zwangerschapsafbreking <input type="checkbox"/> niet-levend geboren kind

Heeft u problemen gehad tijdens de zwangerschap?  nee  ja

Indien ja, welke? \_\_\_\_\_

Heeft u problemen gehad tijdens de bevalling?  nee  ja

Indien ja, welke? \_\_\_\_\_



Waren er problemen na de geboorte van uw kindje(s)  nee  ja

Indien ja, welke? \_\_\_\_\_

Heeft u borstvoeding gegeven?  nee  ja

Indien een zwangerschap eindigde in een miskraam, vul onderstaande tabel in.

miskraam	Jaar	Aantal weken	Vruchtzakje gezien	Hartactiviteit	Evolutie
1 <sup>e</sup>			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> spontaan <input type="checkbox"/> medicatie <input type="checkbox"/> operatie (curettagage)
2 <sup>e</sup>			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> spontaan <input type="checkbox"/> medicatie <input type="checkbox"/> operatie (curettagage)
3 <sup>e</sup>			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> spontaan <input type="checkbox"/> medicatie <input type="checkbox"/> operatie (curettagage)
4 <sup>e</sup>			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> spontaan <input type="checkbox"/> medicatie <input type="checkbox"/> operatie (curettagage)
5 <sup>e</sup>			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> spontaan <input type="checkbox"/> medicatie <input type="checkbox"/> operatie (curettagage)

#### 6. Allergie en risicofactoren

Huidig gewicht: \_\_\_\_\_ kg Lengte: \_\_\_\_\_ cm

Rookt u?  ja  nee Zo ja, aantal sigaretten/dag \_\_\_\_\_

Drinkt u alcohol?  ja  nee Zo ja, aantal glazen/dag \_\_\_\_\_

Gebruikt u drugs?  ja  nee Zo ja, welke? \_\_\_\_\_

Heeft u allergieën?  nee  ja



Indien ja, welke? \_\_\_\_\_

Neemt u medicatie?  nee  ja

Indien ja, welke? \_\_\_\_\_

---

Neemt u foliumzuur?  nee  ja

### 7. Voorgaande fertiliteitsbehandeling

Onderging u reeds eerder fertiliteitsbehandeling?  nee  ja

Indien ja, welke?

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> ovulatie – inductie      | Zo ja: aantal keer _____ |
| <input type="checkbox"/> inseminaties             | Zo ja: aantal keer _____ |
| <input type="checkbox"/> IVF/ ICSI behandeling    | Zo ja: aantal keer _____ |
| <input type="checkbox"/> cryopreservatie eicellen | Zo ja: aantal keer _____ |



## GEGEVENS MEEMOEDER

### 1. Familiale voorgeschiedenis

Mensen in de familie?	Nee	Ja	
Borstkanker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Eierstokkanker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Aangeboren afwijking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Erfelijke aandoening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Andere/ opm	_____		

### 2. Chirurgische voorgeschiedenis

Heeft u ooit een ingreep/operatie ondergaan?  nee  ja

Indien ja, welk jaar en naam ingreep: \_\_\_\_\_

---

### 3. Medische voorgeschiedenis

Bent u ooit ernstig ziek geweest?  nee  ja

Indien ja, welke ziekte en wanneer? \_\_\_\_\_

---

Bent u gekend met een chronische aandoening?  nee  ja

Indien ja, welke aandoening en wordt u hiervoor opgevolgd? \_\_\_\_\_

---

### 4. Gynaecologische voorgeschiedenis

Op welke leeftijd kreeg de eerste maal uw menstruatie \_\_\_\_\_ jaar

Heeft u ooit gynaecologische problemen gehad  nee  ja

Indien ja, welke en wanneer? \_\_\_\_\_

---

Heeft u ooit een gynaecologische ingreep ondergaan?  nee  ja





Indien ja, welk jaar en naam ingreep? \_\_\_\_\_

---

5. Verloskundige voorgeschiedenis

Bent u ooit eerder zwanger geweest?  nee  ja

Indien ja, hoeveel kinderen hebt u? \_\_\_\_\_

6. Allergie en risicofactoren

Huidig gewicht: \_\_\_\_\_ kg Lengte: \_\_\_\_\_ cm

Rookt u?  ja  nee Zo ja, aantal sigaretten/dag \_\_\_\_\_

Drinkt u alcohol?  ja  nee Zo ja, aantal glazen/dag \_\_\_\_\_

Gebruikt u drugs?  ja  nee Zo ja, welke? \_\_\_\_\_

Heeft u allergieën?  nee  ja

Indien ja, welke? \_\_\_\_\_

Neemt u medicatie?  nee  ja

Indien ja, welke? \_\_\_\_\_

---

7. Voorgaande fertiliteitsbehandeling

Onderging u reeds eerder fertiliteitsbehandeling?  nee  ja

Indien ja, welke?

ovulatie – inductie Zo ja: aantal keer \_\_\_\_\_

inseminaties Zo ja: aantal keer \_\_\_\_\_

IVF/ ICSI behandeling Zo ja: aantal keer \_\_\_\_\_

cryopreservatie eicellen Zo ja: aantal keer \_\_\_\_\_