

## Vragenlijst ten behoeve van behandeling van vruchtbaarheidsstoornissen

### Vragenformulier voor de vrouw

LET OP dit formulier is niet bedoeld als aanmeldingsformulier.

Kijkt u voor aanmelden s.v.p. onder "contact" op [www.nijbarrahus.nl](http://www.nijbarrahus.nl)

Wilt u onderstaande vragen zorgvuldig beantwoorden? Bij uw bezoek kunt u uiteraard een toelichting en aanvulling geven.

Voornaam ..... Achternaam ..... Meisjesnaam .....

Geboortedatum ..... BSN .....

Verzekering ..... Verzekeringsnummer .....

Adres ..... Postcode .....

Woonplaats .....

Telefoonnummer vast ..... Telefoonnummer mobiel .....

E-mailadres .....

Naam partner .....

Huisarts ..... dhr / mw

Adres ..... Postcode .....

Woonplaats .....

Wat is de reden van uw komst? *(graag zo duidelijk mogelijk omschrijven)* .....

Bent u eerder in onze kliniek onder behandeling geweest?  Ja  Nee

Is er eerder bij u vruchtbaarheidsonderzoek verricht?  Ja  Nee

Indien Ja:	Type behandeling/onderzoek	Ziekenhuis	Jaartal
	.....	.....	.....
	.....	.....	.....
	.....	.....	.....
	.....	.....	.....
	.....	.....	.....

*NB: het bespaart veel tijd indien u, bij uw eerste intake bezoek, kopieën meeneemt van correspondentie met uw huisarts/specialist over eerdere onderzoeken en/of behandelingen.*

## Menstruatiepatroon, hormonale factoren en vruchtbaarheid

Op welke leeftijd werd u voor het eerst ongesteld? ..... jaar

Wat was de begindatum van uw laatste menstruatie? .....

Hoe lang duurt uw cyclus gemiddeld? ..... dagen

Kortste cyclus ..... dagen / Langste cyclus ..... dagen

Hoe lang duurt uw menstruatie meestal? ..... dagen

Voelt u de ongesteldheid aankomen in de dagen eraan voorafgaand?  Ja  Nee

Heeft u wel eens tussentijds bloedverlies?  Ja  Nee

Heeft u ooit een langere periode doorgemaakt waarin de menstruaties niet of erg onregelmatig optraden?  Ja  Nee

Zo ja, wanneer? .....

Is de menstruatie erg pijnlijk?  Ja  Nee

Zo ja, alleen de eerste dag?  Ja  Nee

Gebruikt u dan pijnstillers?  Ja  Nee

Heeft u (last van) te veel haargroei op gezicht, borsten of buik?  Ja  Nee

Heeft u ooit spontaan vochtverlies uit de tepels?  Ja  Nee

Heeft u last van acne?  Ja  Nee

Heeft u ooit anticonceptiemiddelen gebruikt?  Ja  Nee

Zo ja, welke? .....

Hoe lang? ..... jaar. Tot wanneer? .....

Hoe lang bent u samen met uw huidige partner? Sinds ..... maand/jaar

Hoelang probeert u al zwanger te worden? Vanaf ..... maand/jaar

Hoe vaak (gemiddeld per week) heeft u gemeenschap met uw partner? ..... keer

Zijn er (ooit) problemen (geweest) bij het vrijen?  Ja  Nee

Zo ja, betrof dit:

• Geen zin in vrijen?  Ja  Nee

• Pijn bij het vrijen?  Ja  Nee

• Niet klaar komen?  Ja  Nee

• Binnendringen van de penis lukt niet?  Ja  Nee

• Andere problemen?  Ja  Nee

Bij "ja", graag korte toelichting (indien voor u mogelijk) .....

Bent u ooit zwanger (ook miskramen) geweest?  Ja  Nee

Zo ja, wanneer en hoe was de afloop van de zwangerschap(pen)? .....

.....

.....

## Beroep en opleiding

Wat is uw nationaliteit? .....

Verstaat u Nederlands?  Ja  Nee

Zo nee; welke taal spreekt u .....

Welke hoogst genoten opleiding heeft u gevolgd?  LBO  MBO  HBO  Universitair

Wat is uw beroep? .....

Hoeveel uur per week werkt u? .....

Heeft u daarbij zeer onregelmatige werktijden of bent u vaak lang van huis?  Ja  Nee

Komt u bij beroep of hobby in contact met giftige stoffen?  Ja  Nee

Zo ja, welke? .....

Staat u bloot aan ernstige spanningen binnen uw werkkring?  Ja  Nee

## Algemeen

Rookt u?  Ja  Nee

Zo ja, hoeveel? ..... sigare(tte)n/dag

Gebruikt u alcohol?  Ja  Nee

Zo ja, hoeveel? ..... glazen/week

Heeft u ooit drugs gebruikt?  Ja  Nee

Zo ja: welke ..... tot wanneer .....

Bent u ergens allergisch voor?  Ja  Nee

Zo ja, waarvoor? .....

Gebruikt u foliumzuur?  Ja  Nee

Bent u gevaccineerd tegen rode hond?  Ja  Nee

Bent u onder specialistische behandeling (geweest)?  Ja  Nee

Zo ja, bij wie, wanneer en waarom? .....

Bent u bekend met hoge bloeddruk?  Ja  Nee

Zo ja, gebruikt u hiervoor medicijnen? .....

Gebruikt u medicijnen?  Ja  Nee

Zo ja, waarvoor, welke en hoeveel? .....

Heeft u ooit een ontsteking in de buik gehad?  Ja  Nee

Heeft u ooit een buikoperatie gehad?  Ja  Nee

Indien ja: welk jaar en weet u ook waarvoor? Jaar ....., reden .....

Heeft u ooit een geslachtsziekte gehad? (chlamydia, gonorrhoe of andere)  Ja  Nee

Heeft u last van overmatige vaginale afscheiding?  Ja  Nee

Heeft u vaak jeuk aan de schede?  Ja  Nee

Verliest u vaak bloed bij of na het vrijen?  Ja  Nee

Wanneer is het laatste uitstrijkje van de baarmoedermond gemaakt? .....  Nooit

Zo ja; wat was de uitslag? .....

Wat is uw lichaamslengte? ..... cm

Wat is uw lichaamsgewicht? ..... kg

Volgt u een speciaal dieet?  Ja  Nee

Zo ja, welk? .....

## Familie

Komen er in uw naaste familie één of meer van de volgende ziektes voor:

• Erfelijke ziektes?  Ja  Nee

Indien ja, welke? .....

• Aangeboren afwijkingen?  Ja  Nee

Indien ja, welke? .....

• Hart- en vaatziekten?  Ja  Nee

Indien ja, welke? .....

• Suikerziekte?  Ja  Nee

• Ongewenste kinderloosheid?  Ja  Nee

Indien ja, bij wie? .....

Is u bekend op welke leeftijd uw moeder in de overgang kwam?  Ja  Nee

Zo ja, op welke leeftijd? .....

Datum: .....

We zouden het op prijs stellen als u dit formulier vóór uw eerste bezoek naar ons kunt toezenden.

Dit kan op twee verschillende manieren:

[Inscannen](#) en [mailen](#) naar: [info@nijbarrahus.nl](mailto:info@nijbarrahus.nl)

Per [post](#) naar: Nij Barrahus, Heerenveenseweg 99b, 8471 ZA Wolvega

Bij voorbaat hartelijk dank!

## Vragenlijst ten behoeve van behandeling van vruchtbaarheidsstoornissen

### Vragenformulier voor de man

LET OP dit formulier is niet bedoeld als aanmeldingsformulier.

Kijkt u voor aanmelden s.v.p. onder "contact" op [www.nijbarrahus.nl](http://www.nijbarrahus.nl)

Wilt u onderstaande vragen zorgvuldig beantwoorden? Bij uw bezoek kunt u uiteraard een toelichting en aanvulling geven.

Naam .....

Geboortedatum ..... BSN .....

Verzekering ..... Verzekeringsnummer .....

Adres ..... Postcode .....

Woonplaats .....

Telefoonnummer vast ..... Telefoonnummer mobiel .....

Naam partner .....

Huisarts ..... dhr / mw

Adres ..... Postcode .....

Woonplaats .....

Bent u eerder in onze kliniek onder behandeling geweest?  Ja  Nee

Is er eerder bij u vruchtbaarheidsonderzoek verricht?  Ja  Nee

Indien Ja:

Type behandeling/onderzoek	Ziekenhuis	Jaartal
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

*NB: het bespaart veel tijd indien u, bij uw eerste intake bezoek, kopieën meeneemt van correspondentie met uw huisarts/specialist over eerdere onderzoeken en/of behandelingen.*

## Beroep en dergelijke

Welke hoogst genoten opleiding heeft u gevolgd?  LBO  MBO  HBO  Universitair

Wat is uw beroep? .....

Hoeveel uur per week werkt u? .....

Heeft u daarbij zeer onregelmatige werktijden of bent u vaak lang van huis?  Ja  Nee

Komt u bij beroep of hobby in contact met giftige stoffen?  Ja  Nee

Zo ja, welke? .....

.....

Werkt u in extreme hitte?  Ja  Nee

Staat u bloot aan ernstige spanningen binnen uw werkring?  Ja  Nee

## Voorgeschiedenis en medicatie

Hoe lang bent u samen met uw huidige partner? Sinds ..... maand/jaar

Heeft u ooit een zwangerschap (ook miskramen) (in huidige, maar ook

in eventueel voorgaande relatie) tot stand gebracht?  Ja  Nee

Bent u onder specialistische behandeling (geweest)?  Ja  Nee

Zo ja, bij wie, wanneer en waarom? .....

.....

Gebruikt u medicijnen?  Ja  Nee

Zo ja, waarvoor, welke en hoeveel? .....

.....

Bent u ergens allergisch voor?  Ja  Nee

Zo ja, waarvoor? .....

.....

## Familie

Komen er in uw naaste familie één of meer van de volgende ziektes voor:

• Erfelijke ziektes?  Ja  Nee

Indien ja, welke? .....

• Aangeboren afwijkingen?  Ja  Nee

Indien ja, welke? .....

• Hart- en vaatziekten?  Ja  Nee

Indien ja, welke? .....

• Suikerziekte?  Ja  Nee

• Ongewenste kinderloosheid?  Ja  Nee

Indien ja, bij wie? .....

## Hormonale factoren en vruchtbaarheid

Hebben de teelballen, voor zover u weet, altijd in de balzak gezeten?  Ja  Nee

Bent u ooit behandeld voor het niet-indalen van de zaadballen in de balzak?  Ja  Nee

Heeft u ooit hormooninjecties gehad?  Ja  Nee

Heeft u na de puberteit de bof gehad?  Ja  Nee

Heeft u een liesbreuk gehad?  Ja  Nee

Heeft u ooit een verwonding of bloedingstorting aan de geslachtsorganen opgelopen?  Ja  Nee

Heeft u ooit een zaadbal- of bijbal-ontsteking gehad?  Ja  Nee

Heeft u ooit een geslachtsziekte gehad? (chlamydia, gonorrhoea ("druiper") of andere)  Ja  Nee

Hoe oud was u toen u beharing (schaamhaar) kreeg? ..... jaar

Hoe oud was u toen u uw eerste sexuele contact had? ..... jaar

Hoe vaak (gemiddeld per week) heeft u gemeenschap met uw partner? ..... keer

Zijn er (ooit) problemen (geweest) bij het vrijen?  Ja  Nee

Zo ja, betrof dit:

• Geen zin in vrijen  Ja  Nee

• Erectie problemen  Ja  Nee

• Niet klaar komen  Ja  Nee

• Binnendringen van de penis lukt niet  Ja  Nee

• Voortijdige zaadlozing  Ja  Nee

• Andere problemen  Ja  Nee

Bij "ja", graag korte toelichting (indien voor u mogelijk) .....

.....  
.....

Rookt u?  Ja  Nee

Zo ja, hoeveel? ..... sigare(tte)n/dag

Gebruikt u alcohol?  Ja  Nee

Zo ja, hoeveel? ..... glazen/week

Heeft u ooit drugs gebruikt?  Ja  Nee

Zo ja: welke ..... tot wanneer .....

Gaat u vaak in een heet bad of gaat u naar de sauna?  Ja  Nee

Zo ja, hoe vaak? ..... keer per week

## Algemeen

Wat is uw lichaamslengte? ..... cm

Wat is uw lichaamsgewicht? ..... kg

Datum: .....

We zouden het op prijs stellen als u dit formulier vóór uw eerste bezoek naar ons kunt toezenden.

Dit kan op twee verschillende manieren:

Inscannen en mailen naar: [info@nijbarrahus.nl](mailto:info@nijbarrahus.nl)

Per post naar: Nij Barrahûs, Heerenveenseweg 99b, 8471 ZA Wolvega

Bij voorbaat hartelijk dank!



**GRAAG INVULLEN EN TERUGSTUREN**



**Uw medicatiegegevens elektronisch delen?  
Alleen met uw toestemming!**

Wilt u dat zorgverleners uw medicatiegegevens kunnen opvragen? Daarvoor is uw toestemming nodig. Wij vragen u eenmalig en leggen dit vast in ons apotheekstelsel. Wij wisselen gegevens uit met huisartsen, het ziekenhuis, de dienstapothek, de trombosedienst en andere (bron)apotheken. Zonder uw toestemming is het niet (meer) mogelijk om medicatiegegevens uit te wisselen.

Op dit moment wordt u behandeld in de fertiliteitskliniek Nij Barrahûs. In de IVF-kliniek krijgt u geneesmiddelen waar uw eigen apotheek niet van op de hoogte is. Voor een optimale medicatiebewaking vragen wij uw toestemming, zodat wij uw geneesmiddelengebruik kunnen uitwisselen met uw eigen apotheek.

Daarnaast is het belangrijk dat Apotheek Sonnega en Nij Barrahûs uw medicatiegegevens kunnen opvragen bij uw (bron) apotheek. Uw zorgverlener heeft een geheimhoudingsplicht. Hij kan niet zomaar uw medicatie gegevens delen met andere zorgverleners. Andere zorgverleners mogen deze gegevens alleen raadplegen als dat nodig is voor uw behandeling.

Alleen artsen, apothekers en ziekenhuizen die **direct bij uw behandeling zijn betrokken** hebben toegang tot uw gegevens. Verzekeraars en bedrijfsartsen hebben **GEEN** toegang. Op [www.vz.vz.nl](http://www.vz.vz.nl) en in de folder vindt u meer informatie.

**Toestemming voor uitwisseling medicatiegegevens via het LSP**

Met dit formulier geeft u aan of u wel/geen toestemming geeft voor uitwisseling medicatiegegevens via het LSP. Dit formulier is bedoeld voor de fertiliteitskliniek Nij Barrahûs, Apotheek Sonnega te Leeuwarden en uw (bron)apotheek.

- JA, ik geef toestemming om mijn medicatiegegevens raadpleegbaar te maken voor andere zorgverleners via het LSP.
- NEE, ik geef geen toestemming om mijn medicatiegegevens raadpleegbaar te maken voor andere zorgverleners via het LSP.

Ik gebruik wel / geen medicijnen

Naam medicijn	Gebruik en dosering per dag	Sinds (maand/jaar)	Extra info

Naam: ..... Geboortedatum: .....

Naam eigen (bron)apotheek: ..... Plaats (bron)apotheek: .....

Datum: ..... Handtekening: .....