

Vragenlijst ten behoeve van behandeling van kinderwens

Vragenformulier voor alleenstaande vrouw / vrouw-vrouw relatie

LET OP dit formulier is niet bedoeld als aanmeldingsformulier.

Kijkt u voor aanmelden s.v.p. onder "contact" op 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

Huisarts dhr / mw

Adres Postcode

Woonplaats

In geval van vrouw-vrouw relatie:

Naam partner

Geboortedatum BSN

Verzekering Verzekeringsnummer

Adres Postcode

Woonplaats

Telefoonnummer vast Telefoonnummer mobiel

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 N.v.t.

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

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 N.v.t.

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

Per [post](#) naar: Nij Barrahus, 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 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: