

Om ervoor te zorgen dat we onze zorg zo goed mogelijk kunnen aanpassen aan jouw situatie, belangrijk dat we goed op de hoogte zijn van jouw (medische) achtergrond. Hieronder vind je vragen met betrekking tot jouw medische en sociale achtergrond. Als je dit formulier voor je eerste afspraak wil invullen, en terug sturen, dan neemt de verloskundige dit met jou/jullie door.

**Persoongegevens:**

Gegevens zwangere:

Roepnaam:

Voorletters:

Meisjesachternaam:

Geboortedatum:

Nationaliteit:

Nederlandstalig: Ja / Nee / anders nl\*:

Straat & huisnr.:

Postcode:

Woonplaats:

Vast telefoonnr.:

Mobiel telefoonnr.:

E-mail adres:

Burgerlijke staat:

Beroep: Fulltime/parttime\*

Geloofsovertuiging:

Naam huisarts:

Naam Zorgverzekeraar:

Polisnummer:

Burgerservicenummer:

Hoe ben je bij ons terecht gekomen:

Gegevens partner

Roepnaam:

Voorletters:

Achternaam:

Geboortedatum:

Mobiel telefoonnr.:

Beroep: Fulltime/parttime\*

**Eerdere zwangerschappen:**

Is dit je eerste zwangerschap? Ja / Nee \*

Indien nee; vul het aantal hieronder in:

Aantal bevallingen: …..

Aantal miskramen: …..

Aantal abortussen: …..

Aantal kinderen: …..

*Neem indien mogelijk gegevens van je vorige zwangerschap(pen) en bevalling(en) mee naar de eerste controle.*

Is dit een geplande zwangerschap? Ja / Nee \*

Hoe lang duurde het voordat je zwanger werd? ….... maanden

**Menstruele cyclus:**

Weet je nog de eerste dag van je laatste

menstruatie? Ja / Nee \*

Indien ja: Vul hieronder de datum in. ……. - ……….- 20…….

Verliep deze menstruatie normaal? Ja / Nee \* Indien nee, waarom was de menstruatie dan anders?

Had je een regelmatige cyclus? Ja / Nee \*

Indien ja, hoeveel dagen telde je cyclus meestal?

Heb je voorheen anticonceptie gebruikt? Ja / Nee \*

Indien ja, welke?

Wanneer ben je hiermee gestopt?

Wanneer gaf je zwangerschapstest voor het eerst

een positieve uitslag? …… - …… - 20……

Heb je al een termijnecho gehad? Ja / Nee \*

*Indien je elders al een termijnecho hebt gehad, neem de uitslag mee naar de eerste controle.*

**Medische gegevens:**

Wat is je lengte? ……………… cm.

Hoeveel woog je voordat je zwanger werd? ……………… kg.

Heb je wel eens een blaasontsteking? Ja / Nee \*

Indien ja, hoe vaak heb je dat gehad?

Wanneer?

Heb je wel eens heel erg ontstoken tandvlees? Ja / Nee

Heb je ooit een vaginale schimmelinfectie gehad? Ja / Nee \*

Indien ja, hoe vaak heb je dat gehad? Wanneer?

Heb je ooit een baarmoederhalsuitstrijkje gehad? Ja / Nee \*

Indien ja;

wanneer? datum:................

Welke PAP was het? PAP....

Als de PAP afwijkend was, welke behandeling heb je gehad?

Heb je zelf weleens waterpokken gehad? Ja / Nee

Heb jij of je partner wel eens een koortslip? Ja, ikzelf / Ja, mijn partner / Nee\*

*Tijdens de eerste controle zullen wij je hierover extra informeren.*

Ben je in de laatste zes maanden opgenomen

geweest in een buitenlands ziekenhuis? Ja / Nee\*

Heb je ooit een bloedtransfusie gehad? Ja / Nee \*

Indien ja, wat was de reden?

Heb je ooit trombose gehad of een longembolie? Ja / Nee \*

Indien ja, wanneer?

Hoe ben je behandeld?

Slik je foliumzuur? Ja / Nee \*

Indien ja, wanneer ben je hiermee begonnen? *Indien nee: Het is aangeraden om tot de 11e week van de zwangerschap extra foliumzuur (1 x daags 0,5 mg foliumzuur) te gebruiken. Deze tabletten zijn verkrijgbaar via apotheek en drogist.*

Heb je medicijnen gebruikt, vlak voor of tijdens

deze zwangerschap? Ja / Nee \*

Indien ja, welke?

In welke hoeveelheden?

Heb je momenteel een aandoening die door de

huisarts wordt gecontroleerd? Ja / Nee \*

Indien ja, welke aandoening?

Ben je ooit geopereerd? Ja / Nee \*

Indien ja, waaraan ben je geopereerd? Wanneer?

Heb je negatieve ervaringen op het gebied van

seksueel geweld (zoals aanranding, verkrachting,

incest) of huiselijk geweld? Ja / Nee \*

Indien ja: *Tijdens de eerste controle zullen we met je bespreken, in hoeverre dit voor jou invloed heeft op de beleving van je zwangerschap en bevalling.*

Ben je ooit bij een psycholoog of psychiater

onder behandeling geweest? Ja / Nee \*

Indien ja, wat was de reden?

Wanneer?

Ben je ooit onder behandeling geweest van een

specialist in verband met een aandoening? Ja / Nee \*

Indien ja, welke aandoening?

Wanneer?

Heb je ooit een geslachtsziekte (SOA)

doorgemaakt? Ja / Nee \*

Indien ja, welke SOA?

Wanneer?

Hoe ben je behandeld?

Ben je allergisch voor bepaalde dingen

of voor medicijnen? Ja / Nee \*

Indien ja, waarvoor?

Rook jij, of rookt je partner? Ja, ikzelf / Ja, mijn partner / Nee / Gestopt\*

Indien ja, hoeveel rook je per dag?

Indien gestopt, wanneer?

Gebruikte je voor de zwangerschap alcohol of

gebruik je het momenteel? Ja / Nee / Voorheen wel gebruikt\*

Indien ja, hoeveel alcohol gebruik(te) je?

Heb je ooit drugs gebruikt of gebruik je het

momenteel? Ja / Nee / Voorheen wel gebruikt \*

Indien ja, welke drugs gebruik(te) je?

Hoe vaak?

Wanneer voor het laatst?

Volg je een bepaald dieet? (bijv. vegetarisch) Ja / Nee \*

Indien ja, wat voor dieet?

Vind je zelf dat je een gezond voedingspatroon

hebt? (Schijf van vijf, zie ook www.

voedingcentrum.nl) Ja / Nee \*

Indien nee, waarom niet?

Ben je ooit begeleid geweest door

Bureau Jeugd Gezondheidszorg? Ja / Nee \*

Indien ja, waarvoor?

Wanneer?

Heb je ooit in de schuldsanering gezeten of

heb je te maken gehad met andere

hulpverleningsinstanties? Ja / Nee \*

Indien ja, waarvoor?

Wanneer?

Zij er (gezondheids)problemen die bovenstaand

nog niet zijn vermeld? Ja / Nee \*

Indien ja, welke?

**Familiaire achtergrond:**

Zijn je (eventuele) eerdere kinderen gezond? Ja / Nee \*

Indien nee, welke aandoening(en) hebben zij?

Is je partner (de vader van je baby) gezond? Ja / Nee \*

Indien nee, waarom niet?

Heeft je partner kinderen uit een vorige relatie? Ja / Nee \*

Indien ja, zijn deze kinderen gezond?

Komen er aangeboren afwijkingen voor in jouw

familie of in die van je partner?

(Denk bijvoorbeeld aan syndroom v. Down, open

rug, hazelip, hartafwijkingen etc.) Ja / Nee \*

Indien ja, welke aandoening?

Bij wie?

Weet je of deze afwijking erfelijk is?

Heeft één van jullie oma’s of moeders

meerdere doodgeboren kindjes gehad, bij een

zwangerschapsduur van meer dan 4 maanden? Ja / Nee \*

Indien ja, is hier een oorzaak van bekend?

Zijn er leden in jouw familie met psychologische

problematiek? (Bijvoorbeeld depressie, psychose,

psychologische stoornissen.) Ja / Nee \*

Indien ja, wie?

Wat voor behandeling?

Zijn er leden in jouw/jullie gezin die astma,

hooikoorts of eczeem hebben? Ja / Nee \*

Indien ja, wie?

Komt er in jouw naaste familie suikerziekte voor? Ja / Nee \*

Indien ja, wie?

Komt er in jouw naaste familie hoge bloeddruk

voor? Ja / Nee \*

Indien ja, wie?

Komt er in jouw naaste familie tubercolose voor? Ja / Nee \*

Indien ja, wie?

Komt er in jouw naaste familie schildklierproblematiek

voor? Ja / Nee \*

Indien ja, wie?

**Overig**

Zijn er overige zaken die bovenstaand niet aan bod zijn gekomen, waarvan jij denkt dat die belangrijk zijn voor ons om te weten?