

INTAKE VRAGENLIJST



PERSOONLIJKE GEGEVENS			
Naam:			Wat is uw hoogst genoten opleiding: U: <input type="checkbox"/> Lagere school <input type="checkbox"/> VMBO <input type="checkbox"/> HAVO <input type="checkbox"/> VWO <input type="checkbox"/> MBO <input type="checkbox"/> HBO <input type="checkbox"/> WO Partner: <input type="checkbox"/> Lagere school <input type="checkbox"/> VMBO <input type="checkbox"/> HAVO <input type="checkbox"/> VWO <input type="checkbox"/> MBO <input type="checkbox"/> HBO <input type="checkbox"/> WO
Geboortedatum:			
Burgerlijke staat:	<input type="checkbox"/> Gehuwd <input type="checkbox"/> Samenwonend <input type="checkbox"/> Alleenstaand <input type="checkbox"/> Anders		
Land van herkomst:	U: Partner:	Wat is uw beroep? En dat van uw partner?	U: Partner:
Religie/levensovertuiging:	U: Partner:	Hoeveel uur werkt u per week?	
Indien niet Nederlands, hoe beheerst u de Nederlandse taal?	U: <input type="checkbox"/> slecht <input type="checkbox"/> matig <input type="checkbox"/> redelijk <input type="checkbox"/> goed <input type="checkbox"/> zeer goed	Partner: <input type="checkbox"/> slecht <input type="checkbox"/> matig <input type="checkbox"/> redelijk <input type="checkbox"/> goed <input type="checkbox"/> zeer goed	Bent u familie van de a.s. vader? Indien ja, leg dan de familieband uit. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Welke taal is het alternatief:	U: Partner:	Hoeveel minuten rijden met de auto woont u van het ziekenhuis vandaan?	
Wat is het land van herkomst?	U: Partner:	Uw ouders: Ouders van uw partner:	

ZWANGERSCHAP			
Wat was de eerste dag van uw laatste menstruatie?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Gebruikte u anticonceptie? Indien ja, welke?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Bent u hier zeker van?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Wanneer bent u hiermee gestopt?	
Wat dit een normale menstruatie?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Wanneer was de zwangerschapstest positief?	
Heeft u een regelmatige cyclus van ongeveer 28 dagen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee		

GYNAECOLOGISCHE VOORGESCHIEDENIS	
Heeft u een periode van infertiliteit doorgemaakt (meer dan een jaar zwanger willen worden zonder resultaat)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Is deze zwangerschap ontstaan na IVF/ICSI?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Heeft u wel eens een uitstrijkje laten maken? Zo ja, wanneer?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Zijn er bij u ooit afwijkingen aan de baarmoeder of baarmoederhals geconstateerd? Indien ja, welke?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Heeft u wel eens een nare ervaring gehad met gynaecologisch onderzoek en/of seksualiteit? Indien ja, graag toelichten	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Heeft u wel eens een geslachtsziekte gehad? Indien ja, graag toelichten	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

GYNAECOLOGISCHE VOORGESCHIEDENIS						
Heeft u kinderen? Zo ja, vul s.v.p. de volgende tabel in (indien onvoldoende ruimte gebruik ook de achterkant)						
Naam	Geslacht	Geboortedatum	Geboortegewicht	Zwangerschapsduur	Waar bevallen?	Hoe bevallen?

Zijn er tijdens de zwangerschap complicaties ontstaan? Indien ja, beschrijf:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Zijn er tijdens de bevalling complicaties ontstaan? Indien ja, beschrijf:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Zijn er in het kraambed complicaties ontstaan? Indien ja, beschrijf:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Zijn er bij bovengenoemde kinderen van een andere partner?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Zijn er kinderen die niet bij u in huis wonen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Heeft u kinderen met aangeboren afwijkingen? Indien ja, beschrijf:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Zijn er kinderen momenteel nog onder behandeling bij de kinderarts? Indien ja, bij wie en waarvoor:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

INTAKE VRAGENLIJST



Heeft u zwangerschappen die in de eerste drie maanden zijn geëindigd in een miskraam? Indien ja, beschrijf:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee			
Heeft u wel eens een curettage ondergaan?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee			
Heeft u zwangerschappen die geëindigd zijn na de 16e week zonder levend kind? Indien ja, beschrijf de hieronder gestelde vragen zo uitgebreid mogelijk:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee			
Geslacht	Geboortedatum	Geboortegewicht	Zwangerschapsduur	Oorzaak van overleiden

ALGEMENE GEGEVENS OVER UW GEZONDHEID

Wat is uw lengte?	U: _____	Partner: _____	Wat is uw gewicht?	U: _____	Partner: _____
Bent u ergens allergisch/overgevoelig voor? Indien ja, waarvoor?	U: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee Partner: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Heeft u bijzondere voedingsgewoontes? Zoals vegetarisch/veganistisch/suikervrij/caloriearm/anders. Indien ja, welke?	U: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee Partner: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee		
Rookt u? Indien ja, aantal:	U: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee Partner: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Gebruikt u vitaminepreparaten? Indien ja, welke?	U: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee		
Drinkt u alcohol? Indien ja, aantal glazen per week	U: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee Partner: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Gebruikt u foliumzuur? Indien ja, sinds:	U: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee Partner: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee		
Gebruikt(e) u drugs?	U: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee Type: Hoeveelheid: Wanneer: Partner: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee Type: Hoeveelheid: Wanneer:	Gebruikt u medicijnen? Indien ja, welke en welke dosering?	U: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee Partner: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee		
Heeft u op uw werk met chemische stoffen of radioactieve straling te maken? Indien ja, welke?	U: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee Partner: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Heeft u wel eens een koortslip?	U: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee Partner: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee		
Heeft u ooit een blaasontsteking gehad?	<input type="checkbox"/> Ja: <input type="checkbox"/> sporatisch <input type="checkbox"/> 1-2 maal p/j <input type="checkbox"/> vaker <input type="checkbox"/> Nee	Heeft u ooit een candida infectie gehad?	<input type="checkbox"/> Ja: <input type="checkbox"/> sporatisch <input type="checkbox"/> 1-2 maal p/j <input type="checkbox"/> vaker <input type="checkbox"/> Nee		
Heeft u ooit waterpokken gehad?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Bent u ingeënt tegen Rodehond	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee		

SPECIFIEKE MEDISCHE GEGEVENS OVER UW GEZONDHEID

Bent u gezond? Indien nee, s.v.p. toelichten	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Bent u onder behandeling (geweest) bij een psycholoog, een psychiater of een psychotherapeut? Indien ja, graag nadere toelichting geven	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Bent u onder behandeling van medisch specialisten? Indien ja, bij wie en waarom?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Bent u bekend bij andere hulpverleners/hulpverlenende instanties? Indien ja, bij welke instantie en contactpersoon?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Bent u wel eens geopereerd? Indien ja, waaraan?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Zouden we indien nodig contact mogen zoeken met deze persoon?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Bent u ooit opgenomen geweest in een buitenlands ziekenhuis? Indien ja, waar en wanneer?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	Bent u wel eens in aanraking geweest met (huiselijk) geweld?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Heeft u wel eens een bloedtransfusie gehad? Indien ja, waarom en hoeveel?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee		

INTAKE VRAGENLIJST



Heeft u op dit moment of in het verleden één van de volgende ziekten:			
<input type="checkbox"/> Astma of chronische bronchitis	<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Krijgt u snel blauwe plekken of blijven wondjes lang nabloeden?	<input type="checkbox"/> Suikerziekte
<input type="checkbox"/> Auto-immuunziekten, zoals SLE	<input type="checkbox"/> Geslachtsziekte	<input type="checkbox"/> Leverziekte (bijvoorbeeld geelzucht)	<input type="checkbox"/> Trombose
<input type="checkbox"/> Botbreuken in het bekkengebied	<input type="checkbox"/> Hart- en vaatziekten	<input type="checkbox"/> Nierziekte	<input type="checkbox"/> Andere hierboven niet genoemde gezondheidsproblemen
<input type="checkbox"/> Eetstoornissen	<input type="checkbox"/> Hoge bloeddruk	<input type="checkbox"/> Schildklierziekte	

FAMILIE ANAMNESE	
Komen er bij u of bij de aanstaande vader in de familie aangeboren of erfelijke afwijkingen voor? Indien ja, welke?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nee

Komen er bij u of bij de aanstaande vader in de familie één van de volgende aandoeningen voor? (het gaat hierbij om vader, moeder, opa, oma, broers en zussen en kinderen van broers en zussen)			
<input type="checkbox"/> Aandoeningen van het zenuwstelsel	<input type="checkbox"/> Hartafwijkingen voor het 35e levensjaar	<input type="checkbox"/> Spierziekten	<input type="checkbox"/> Andere belangrijke aandoeningen die hierboven niet worden genoemd
<input type="checkbox"/> Bloedziekten (thalassemie/hemofilie/sikkelcel/stollingsstoornissen)	<input type="checkbox"/> Hoge bloeddruk	<input type="checkbox"/> Suikerziekte	

Alvast dank voor het invullen van deze lijst. Mocht u vragen hebben die u niet goed begrijpt of zaken hebben waarvan u denkt dat deze belangrijk zijn, maar die u nergens kwijt kon, bespreek dit dan tijdens het eerste bezoek, als de vragenlijst wordt doorgenomen.

Toestemmingsformulier voor het uitwisselen en aanleveren van zwangerschapsgegevens

Wij wisselen gegevens uit met een aantal zorgverleners:

- *huisarts*: we informeren uw huisarts over uw zwangerschap. Dit is o.a. belangrijk in verband met bestaand of toekomstig medicijngebruik. De huisarts ontvangt ook bericht als u bevallen bent;
- *verloskundige ↔ gynaecoloog*: binnen het centrum voor geboortezorg vindt uitwisseling van gegevens plaats zodat iedereen uw gegevens kan inzien indien dat nodig is;
- *de kraamzorg*: relevante gegevens omtrent uw zwangerschap, bevalling en kraambed worden uitgewisseld;
- *het consultatiebureau*: na het afsluiten van de kraambedperiode worden relevante gegevens uitgewisseld met het consultatiebureau.
- *kinderarts*: relevante gegevens worden uitgewisseld.

Aan onderstaande landelijke registratiesystemen leveren wij gegevens aan. Deze gegevens zijn geanonimiseerd:

- *Peridos*: gegevens betreffende de prenatale screening (combinatietest en 20 weken echo);
- *Praeventis*: gegevens ten behoeve van de neonatale hielprik screening en de PSIE (prenatale screening op infectieziekten en erythrocytenimmunisatie);
- *Stichting Perinatale Registratie Nederland*: dit is een samenwerkingsverband van vier beroepsverenigingen met als doel de kwaliteit van zorg in de perinatale zorg te verbeteren.

Met het ondertekenen van dit formulier geeft u toestemming voor het uitwisselen en aanleveren van uw gegevens aan bovenvermelde zorgverleners en registratiesystemen.

Ik geef hierbij toestemming aan het Geboortehuis verloskundigen om mijn gegevens uit te wisselen met andere zorgverleners en geanonimiseerd aan te leveren aan de landelijke registratiesystemen.

Voor- en achternaam:

Datum:

Handtekening: