*Geachte mevrouw,*

Sticker **man**

Sticker **vrouw**

*Bij deze ontvangt u een vragenlijst in het kader van ongewenste kinderloosheid (infertiliteit). Aan de hand van uw antwoorden kan uw behandelend arts u vervolgens zo gericht mogelijk onderzoeken en u en/ of uw partner zo mogelijk behandelen. We adviseren u dan ook om voor het beantwoorden van de diverse en uiteenlopende vragen rustig de tijd te nemen.*

*De JA/ NEE vragen kunt u beantwoorden door middel van een kruisje in het betreffende hokje te zetten.*

dag maand jaar

Datum van invullen   

Wat is uw naam : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wat is uw geboortedatum:   

Wat is uw gewicht ? : , kg *niet invullen: BMI:*

Wat is uw lengte ? :  cm ,

Uw geboorteland is :

Uw huidige beroep is :

Naam huisarts :

Werkadres huisarts :

Bent U reeds eerder onder behandeling van een specialist geweest

voor infertiliteit of andere gynaecologische aandoeningen? **ja nee**

Zo ja, gaarne naam en ziekenhuisadres van de specialist vermelden.  

1. Kunt u aangeven sinds wanneer u en uw partner maand jaar

samen een kind proberen te krijgen?  

**ja nee**

2. Heeft u al kinderen uit uw huidige relatie?  

3. Heeft u kinderen uit een vorige relatie?  

**Indien u vraag 2. en 3. met NEE heeft beantwoord kunt u doorgaan met vraag 7.**

4. Wanneer zijn uw kinderen geboren?

dag maand jaar termijn (w) geslacht gewicht evt. borstvoeding (m of v) (maanden)

1       

2       

3       

5*.* Hoe lang duurde het vanaf het moment dat u actief kinder- 1e kind maanden wens had totdat zwangerschap optrad. De tijdsperiode vóór 2e kind maanden

de eerste zwangerschap en die tussen de kinderen 3e kind maanden

**ja** **nee**

6. Zijn er tijdens of na de bevalling complicaties opgetreden?  

Zo ja**,** kunt u aangeven welke?

7. Heeft u ooit een  **ja nee**

- buitenbaarmoederlijke zwangerschap gehad?  

- miskraam gehad ?  

zo ja, hoeveel weken  weken

- zwangerschap latenonderbreken ?  

zo ja, hoeveel weken  weken

Indien u bij één van deze vragen ja heeft geantwoord, kunt u dan vermelden

wanneer en hoe vaak dit is voorgekomen en of u koorts of

complicaties hebt gehad na afloop?

**ja nee onbekend**

8. Heeft u broers of zussen met ongewenste kinderloosheid?   

9. Heeft uw moeder medicijnen (bv DES) gebruikt

tijdens de zwangerschap?   

10. Weet u op welke leeftijd uw moeder

in de overgang kwam? Leeftijd  j. Weet niet 

11. Hoe oud was uw moeder toen zij van u beviel? Leeftijd  j. Weet niet 

12. Kunt u aangeven hoe oud u was toen u voor

het eerst menstrueerde? Leeftijd  jaar

13. Menstrueert u de laatste tijd regelmatig ? **ja nee**

(normaal is om de 25-35 dagen)  

1. Wanneer was de eerste dag van uw laatste menstruatie?  **dag maand jaar**

  

**ja nee**

15. Gebruikt u pijnstillers tijdens de menstruatie ?  

16. Welke voorbehoedmiddelen/ maatregelen heeft u in het verleden gebruikt / genomen en wanneer bent u hiermee begonnen en gestopt ?

**Gestart sinds** **Gestopt sinds**

**Merk maand jaar maand jaar**

 de pil    

 spiraaltje    

 anders, nl.    

 geen voorbehoedmiddel gebruikt/ maatregel genomen

**ja nee**

17. Ervaart u pijn bij de geslachtsgemeenschap?  

18. Houdt u rekening met "vruchtbare dagen"?  

Zo ja, kunt u aangeven hoe?

19. Heeft u ooit één van de volgende ziekten of klachten gehad? Zo ja, op welke leeftijd ?

**ja nee leeftijd**

TUBERCULOSE    jaar

URINEWEGINFECTIES    jaar

GESLACHTSZIEKTEN    jaar

TEPELAFSCHEIDING    jaar

OVERMATIGE VAGINALE AFSCHEIDING    jaar

EILEIDERONTSTEKING    jaar

ANDERE INFECTIES IN ONDERBUIK    jaar

Kunt u nadere gegevensvermelden indien u bij één van deze ziektes ja heeft geantwoord?

20. Bent u ooit geopereerd aan één van de volgende aandoeningen of organen?

**ja nee leeftijd**

HERSEN- OF ZENUWSTELSEL    jaar

EIERSTOKKEN    jaar

EILEIDERS    jaar

BAARMOEDER    jaar

BLINDEDARMONTSTEKNG    jaar

Zo ja, zo nodig nog de aandoening vermelden en het verloop beschrijven:

21. Heeft u andere, hierboven niet vermelde, operaties **ja nee**

ondergaan of ernstige en/ of langdurige ziekten gehad?  

Zo ja, kunt u aangeven welke operaties en/ of ziekte(n) en hoe dit verliep/ verloopt ?

22. Gebruikt u op dit moment medicijnen, drugs, slaap**-** ofvitamine- **ja nee**

pillen dan wel spierversterkendemiddelen?  

Zo ja, kunt u aangeven welke ?

**ja nee**

23. Heeft u ooit langer dan 2 à 3 weken medicijnen of drugs

gebruikt of bent u in het verleden behandeld m.b.v.

chemotherapie of bestraling ?

Zo ja, kunt u aangeven welke en waarvoor ?

**ja nee**

24. Heeft u last van schommelingen in uw gewicht?  

25. Rookt u ?  

Zo ja, wat rookt u ?

hoeveel rookt u gemiddeld per dag ?

26. Drinkt u wel eens alcohol?  

Zo ja, wat drinkt u meestal ?

hoeveel glazen gemiddeld per dag ?

27. Bent Uin uwwoon- ofwerkomgeving ooit blootgesteld geweest **ja nee**

aan chemicaliën, metalen, straling ofbestrijdingsmiddelen?  

Zo ja, kunt U het product benoemen en aangeven voor hoe lang u hieraan bent blootgesteld?