*Geachte heer,*

Sticker **vrouw**

Sticker **man**

*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 urologische 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 6.**

**dag maand jaar**

4. Wanneer zijn uw kinderen geboren

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

Als beginmoment neemt u het moment dat u en uw (toenmalige) partner gemeenschap hadden zonder gebruik te maken van een voorbehoedmiddel/ maatregel.

6. Heeft u ooit één van de volgende ziekten of aandoeningen gehad ?

Zo ja, kunt u dan zo nauwkeurig mogelijk vermelden op welke leeftijd dit voorkwam ?

**ja nee leeftijd**

BOF    jaar

TUBERCULOSE    jaar

INFECTIE VAN ZAADBAL    jaar

INFECTIE VAN BIJBAL    jaar

INFECTIE VAN DE PROSTAAT    jaar

URINEWEGINFECTIES    jaar

GESLACHTSZIEKTEN    jaar

TRAUMA/ STEELDRAAI ZAADBAL    jaar

NEUSBIJHOLTEONTSTEKINGEN    jaar

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

7. Heeft u de afgelopen 6 maanden een periode van griep **ja nee**

en/of hoge koorts gehad ?  

Heeft u vaker dan normaal hoestbuien?  

8. Heeft u andere, hierboven niet vermelde ernstige en/ of **ja nee**

langdurige ziekten gehad of heeft u die op dit moment nog ?  

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

**ja nee**

9 Heeft uw moeder ooit medicijnen in de zwangerschap  

toen ze van u zwanger was gebruikt? Zo ja welke?

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

**ja nee leeftijd**

URINEWEGEN    jaar

LIESBREUK    jaar

BLAAS    jaar

VARICOCELE (spatader zaadbal)    jaar

HERSEN OF ZENUWLETSEL    jaar

NIET INGEDAALDE ZAADBALLEN    jaar

ANDERE OPERATIE VAN DE    jaar

ZAADBALLEN OF PENIS

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

11. Heeft u veel klappen of een verwonding gehad aan de **ja nee**

zaadballen of penis door een ongeluk of sportbeoefening?  

(bijv. vecht- of krachtsport)

Zo ja, graag meerdere details vermelden.

12. Bent u verder nog voor andere niet vermelde operaties j**a nee**

of ziekte(n) opgenomen geweest in het ziekenhuis ?  

Zo ja, kunt u aangeven waarvoor ?

13. Gebruikt u op dit moment medicijnen, slaap- of vitamine- **ja nee**

pillen, drugs of spierversterkende middelen ?  

Zo ja, kunt u aangeven welke ?

**ja nee**

14. 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 ?

15. Rookt u of heeft u gerookt ? **ja nee**

 

Zo ja, wat rook(te) u ?

op welke leeftijd bent u begonnen ?  jaar

(indien gestopt) op welke leeftijd ?  jaar

hoeveel rook(te) u gemiddeld per dag ?

16. Drinkt u wel eens alcohol ? **ja nee**

 

Zo ja, wat drinkt u meestal ?

hoeveel glazen gemiddeld per dag ?

17. Bent Uin uwwoon- ofwerkomgeving ooit blootgesteld geweest aan:

**ja nee**

HOGE TEMPERATUREN  CHEMICALIEN  

METALEN  

STRALING  

BESTRIJDINGSMIDDELEN/ LANDBOUWGIFTEN  

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