

# Aanmeldformulier

## Zwanger & Zo

## Welkom bij Verloskundigcentrum Zwanger&Zo!

Gefeliciteerd, je bent zwanger en hebt je aangemeld bij onze praktijk. Waarschijnlijk staat je eerste afspraak al gepland en zien we je binnenkort voor de eerste echo.

Om je tijdens je zwangerschap zo goed mogelijk te kunnen begeleiden, zijn er een aantal gegevens die we graag van jou en je eventuele partner willen weten. Dit zijn gegevens over jouw gezondheid, je medische voorgeschiedenis en die van je partner en jullie familie.

Zou je deze vragenlijst in willen vullen en deze voorafgaand aan de 1e afspraak bij ons willen afgeven? Je mag de vragenlijst uiteraard ook via mail of via de post naar ons toe sturen.

Tijdens de eerste afspraak, zullen we de vragenlijst met je doornemen. Mochten er vragen in staan die je niet goed begrijpt of die je liever persoonlijk met ons bespreekt, laat ze dan open. We zullen hier tijdens de intake verder op ingaan.



### Prenatale screening

Al vroeg in de zwangerschap kunnen jullie je kindje laten onderzoeken op een aantal afwijkingen. We zullen deze testen met jullie bespreken tijdens de eerste afspraak. We raden je aan je goed in te lezen, zodat we samen met jullie kunnen bekijken of jullie gebruik willen maken van deze testen.

[Klik hier voor meer informatie](#)

Team Zwanger & Zo

## Mijn eerste afspraak bij de Verloskundigcentrum Zwanger&Zo

is op: \_\_\_\_\_ om \_\_\_\_\_ uur

in  Nijverdal  Hellendoorn  Lemelerveld

Nee Ja

Spreek je goed Nederlands:\*

Spreekt je partner goed Nederlands:

\*Indien je niet goed Nederlands spreekt, vul de lijst zoveel mogelijk in of vul hem in samen met een tolk. Neem iemand mee naar de intake die voor je kan tolken!

### Persoonsgegevens:

Voorletters: \_\_\_\_\_ Roepnaam: \_\_\_\_\_

Meisjesachternaam: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Huisnummer: \_\_\_\_\_ Postcode: \_\_\_\_\_ Plaats: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_ Leeftijd nu: \_\_\_\_\_ jaar

Telefoonnummer thuis: \_\_\_\_\_ Mobiele nummer: 06 - \_\_\_\_\_

E-mailadres: \_\_\_\_\_

Burgers Service Nummer (BSN): \_\_\_\_\_

Identiteitsbewijs:  paspoort  rijbewijs  identiteitskaart  vreemdelingendocument

Nummer: \_\_\_\_\_

Verzekeraar: \_\_\_\_\_ Polisnummer: \_\_\_\_\_

Huisarts: dr. \_\_\_\_\_ te: \_\_\_\_\_

Apotheek: \_\_\_\_\_

Ziekenhuis:  ZGT Almelo  Isala Zwolle  Deventer Ziekenhuis Anders: \_\_\_\_\_

Heb je eventuele patiëntenummers van een van de ziekenhuizen? Vul deze dan ook in a.u.b.

ZGT: \_\_\_\_\_ Isala: \_\_\_\_\_ DZ: \_\_\_\_\_

Overige: \_\_\_\_\_

Geloofsovertuiging: \_\_\_\_\_

Wat is je lengte: \_\_\_\_\_ cm. Je gewicht voor je zwangerschap: \_\_\_\_\_ kilo

Hoe ben je bij onze praktijk gekomen ?

Bekend van vorige zwangerschap - bevalling  Internet  Telefoonboek  Vrienden of familie  Huisarts  Anders \_\_\_\_\_

Waar ben je geboren: \_\_\_\_\_ Waar is je partner geboren: \_\_\_\_\_

Waar is je moeder geboren: \_\_\_\_\_ Waar is je vader geboren: \_\_\_\_\_

## Werk:

Wat is je hoogst genoten opleiding: \_\_\_\_\_

Wat is je huidige beroep: \_\_\_\_\_

Werkt u:  fulltime  parttime \_\_\_\_\_ uur / week

Wat is de hoogst genoten opleiding van je partner: \_\_\_\_\_

Wat is het beroep van je partner: \_\_\_\_\_ Partner werkt  fulltime  parttime

## Algemene ziekte geschiedenis:

Word je of ben je ooit behandeld voor een ziekte aan één van de volgende organen en zo ja; waarvoor, in welk jaar en in welk ziekenhuis?

	Nee	Ja	
Blaas:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nieren:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Darmen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hart:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Longen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Lever:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Huid:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Vagina:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Baarmoeder:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Ben je wel eens onder behandeling geweest van een gynaecoloog of een andere specialist?

Zo ja, in welk jaar, waarvoor en in welk ziekenhuis?

Nee Ja  
  \_\_\_\_\_

Ben je ooit geopereerd? Zo ja, in welk jaar, waarvoor en in welk ziekenhuis? Is de narcose goed gegaan?

Nee Ja  
  \_\_\_\_\_

Heb je ooit een bloedtransfusie gehad?  Nee  Ja

Gebruik je op dit moment medicijnen? Zo ja, Welke: \_\_\_\_\_

Dosering: \_\_\_\_\_

Door wie zijn de medicijnen voorgeschreven? \_\_\_\_\_

Ben je ergens allergisch voor?  Nee  Ja

latex  antibiotica  pleister  jodium  voedingsmiddelen  overig \_\_\_\_\_

Nee Ja

Heb je ooit trombose gehad?

Heb je problemen met je bloedstolling?

Heb je last van spataderen?

Draag je steunkousen?

Heb je schildklierproblemen?

Heb je ooit eens een blaasontsteking gehad?

\_\_\_\_\_ keer per jaar. Laatste keer: \_\_\_\_\_

Heb je wel eens een vaginale schimmelinfectie?

\_\_\_\_\_ keer per jaar. Laatste keer: \_\_\_\_\_

Heb je wel eens tandvlees ontstekingen?

Hoe vaak ga je per jaar naar de tandarts? \_\_\_\_\_ keer per jaar

Heb je de waterpokken gehad?

Heb je de vijfde ziekte gehad?

Heb je alle vaccinaties gehad als kind?

Heb je wel eens een koortslip?

Gebruik je foliumzuur?   sinds: \_\_\_\_\_

Gebruik je andere vitamines homeopatische middelen?   welke: \_\_\_\_\_

Heb je ooit een uitstrijkje laten maken?   jaartal en uitslag: \_\_\_\_\_

Heb je ooit een geslachtsziekte gehad?   welke: \_\_\_\_\_

Ben je de afgelopen 3 maanden langer dan 24 uur opgenomen in een buitenlands ziekenhuis?

Nee  Ja

Kom je in aanraking met:  kalveren  varkens  vleeskuikens  MRSA-dragers  Geen

Heb je bekken- of rugklachten?

Heb je hiervoor fysiotherapie?

Ben je ergens allergisch voor?

Volg je momenteel een dieet?   welke: \_\_\_\_\_

Heb je gezondheidsproblemen die niet zijn genoemd?

Zo ja: welke: \_\_\_\_\_

## Intoxicaties:

- |   | Nee                      | Ja                       |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Dronk je alcohol voor de zwangerschap?    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ glazen per week    |
| Drink je alcohol tijdens de zwangerschap? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ glazen per week    |
| Rookte je voor de zwangerschap?           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ sigaretten per dag |
| Rook je tijdens de zwangerschap?          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ sigaretten per dag |
| Heb je wel eens drugs gebruikt?           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Welke: _____             |
| Gebruik je nu drugs?                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Welke: _____             |
| Drinkt je partner alcohol?                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ glazen per week    |
| Rookt je partner?                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ sigaretten per dag |
| Gebruikt je partner drugs?                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Welke: _____             |

Heb je de **Folder wat je moet weten over alcohol roken drugs en zwangerschap** gelezen?

- Ja     Nee

## Partner: (lees, de vader van je kindje)

Roepnaam partner: \_\_\_\_\_ Achternaam partner: \_\_\_\_\_

Geboortedatum partner: \_\_\_\_\_ Mobiele nummer partner: 06 - \_\_\_\_\_

Relatie:         Alleenstaand         Samenwonend         LAT         Getrouwd

Wonen jullie in hetzelfde huis?     Nee     Ja

Gebruik je de achternaam van je partner?     Nee     Ja

Achternaam kind wordt: \_\_\_\_\_

Heeft je partner een allergie of ziekte (doorgemaakt) b.v. blaas, nieren, hart, longen, lever? Zo ja, voor welke ziekte / aandoening / welk ziekenhuis / welke specialist / jaartal?

Nee     Ja \_\_\_\_\_

Heeft je partner wel eens een koortslip?     Nee     Ja

Gebruikt je partner medicijnen?         Nee     Ja,

Welke: \_\_\_\_\_ Dosering: \_\_\_\_\_

Heeft je partner kinderen uit een vorige relatie? Zo ja,

Naam: \_\_\_\_\_  Meisje     Jongen, geboortedatum: \_\_\_\_\_

Naam: \_\_\_\_\_  Meisje     Jongen, geboortedatum: \_\_\_\_\_

Naam: \_\_\_\_\_  Meisje     Jongen, geboortedatum: \_\_\_\_\_

## Familie:

Heeft iemand van de familie (vader, moeder, broer, zus of kinderen van broers of zussen) van de zwangere:

	Nee	Ja	
Suikerziekte:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bij _____
Hoge bloeddruk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bij _____
Erfelijke vorm van Trombose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bij _____
Schildklierproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bij _____
Bloedziekten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bij _____
Astma, bronchitis of voedselallergiën	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bij _____

Komen er in je familie verstandelijke beperkingen en/of lichamelijke afwijkingen voor?

Nee  Ja \_\_\_\_\_

Zijn jij en je partner familie van elkaar?  Nee  Ja

Heeft je moeder bijzondere problemen tijdens zwangerschap / bevalling / kraambed gehad?

Denk aan: hoge bloeddruk, suikerziekte, veel bloedverlies, doodgeboorte na 4 maanden etc.

Nee  Ja \_\_\_\_\_

Zijn de kinderen van je oma, moeder, zus allemaal gezond geboren?  Nee  Ja

## Familie van partner:

Komen er in deze familie verstandelijke beperkingen en/of lichamelijke afwijkingen voor?

Nee  Ja \_\_\_\_\_

Komen er in de familie van je partner bloedziekten voor?  Nee  Ja

Had de moeder van jouw partner, tijdens 'zijn' zwangerschap, verhoogde bloeddruk gehad?

Nee  Ja

Komt er in de familie van je partner astma of bronchitis voor, of voedselallergieën?

Nee  Ja

## Verloskundige voorgeschiedenis

Is dit de eerste zwangerschap?  Ja, ga dan verder bij het kopje 'Deze zwangerschap'

Nee, vul dan ook de volgende vragen in ;

Hoeveelste zwangerschap is dit? \_\_\_\_\_ e

Hoeveelste bevalling gaat het worden? \_\_\_\_\_ e

Was je de vorige zwangerschap bij onze praktijk onder controle?

Ja, ga dan verder bij het kopje 'Deze zwangerschap' Nee, vul dan onderstaande vragen in.

## Eventuele eerdere zwangerschappen

Bij welke verloskundigenpraktijk was u toen onder controle?: \_\_\_\_\_

Om je dossier compleet te maken hebben we de gegevens van je vorige zwangerschap(en) en bevalling(en) nodig. Neem contact op met je voorgaande verloskundigenpraktijk om deze gegevens naar je op te laten sturen en neem ze vervolgens mee naar je afspraak. Je mag de gegevens ook direct naar ons toe laten sturen via post of fax. (0548 - 621982)

## Als u ooit eerder bevallen bent:

Datum: \_\_\_\_\_ Duur zwangerschap ten tijde van de bevalling: \_\_\_\_ weken en \_\_\_\_ dagen.

Zwangerschap bijzonderheden: \_\_\_\_\_

Plaats bevalling:  thuis  ziekenhuis

Begeleiding door:  verloskundige  gynaecoloog

Naam kind: \_\_\_\_\_  Jongen  Meisje Gewicht: \_\_\_\_\_ gram.

Bevalling bijzonderheden: \_\_\_\_\_

Kraambed bijzonderheden: \_\_\_\_\_

borstvoeding  flesvoeding

Datum: \_\_\_\_\_ Duur zwangerschap ten tijde van de bevalling: \_\_\_\_ weken en \_\_\_\_ dagen.

Zwangerschap bijzonderheden: \_\_\_\_\_

Plaats bevalling:  thuis  ziekenhuis

Begeleiding door:  verloskundige  gynaecoloog

Naam kind: \_\_\_\_\_  Jongen  Meisje Gewicht: \_\_\_\_\_ gram.

Bevalling bijzonderheden: \_\_\_\_\_

Kraambed bijzonderheden: \_\_\_\_\_

borstvoeding  flesvoeding



Datum: \_\_\_\_\_ Duur zwangerschap ten tijde van de bevalling: \_\_\_\_ weken en \_\_\_\_ dagen.

Zwangerschap bijzonderheden: \_\_\_\_\_

Plaats bevalling:  thuis  ziekenhuis

Begeleiding door:  verloskundige  gynaecoloog

Naam kind: \_\_\_\_\_  Jongen  Meisje Gewicht: \_\_\_\_\_ gram.

Bevalling bijzonderheden: \_\_\_\_\_

Kraambed bijzonderheden: \_\_\_\_\_

borstvoeding  flesvoeding

(onderstaande mag u ook open laten en mondeling bespreken tijdens de eerste afspraak met de verloskundige)

Heeft u ooit een miskraam gehad?  Nee  Ja

Datum: \_\_\_\_\_ Aantal weken zwanger: \_\_\_\_\_ weken.

spontaan  medicijnbehandeling  curettage

Normaal verloop  Ja  Nee, problemen: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Aantal weken zwanger: \_\_\_\_\_ weken.

spontaan  medicijnbehandeling  curettage

Normaal verloop  Ja  Nee, problemen: \_\_\_\_\_

## Deze zwangerschap

Heb je een preconceptioneel advies gehad voorafgaand aan deze zwangerschap?

nee       ja, bij:       verloskundige       huisarts       gynaecoloog

Wat was het advies: \_\_\_\_\_

Wanneer was de 1e dag van je laatste menstruatie? \_\_\_\_\_

Was dit een normale menstruatie?  Ja  Nee, want: \_\_\_\_\_

Hoelang heeft de laatste menstruatie ongeveer geduurd? \_\_\_\_\_ dagen.

Om de hoeveel dagen krijg je normaal de menstruatie? \_\_\_\_\_ dagen.

Komt je menstruatie normaal gesproken met dezelfde regelmaat?  Ja  Nee

Welk anticonceptiemiddel heb je voorafgaand aan de zwangerschap gebruikt?

\_\_\_\_\_

Wanneer ben je gestopt met anticonceptie? \_\_\_\_\_

Hoelang heeft het geduurd voordat je zwanger was? \_\_\_\_\_

Ben je door middel van een behandeling zwanger geworden? Zo ja, welk

\_\_\_\_\_

Wanneer was de zwangerschapstest positief? \_\_\_\_\_

Is deze zwangerschap gepland?  Ja  Nee

Is deze zwangerschap gewenst?  Ja  Nee

Heb je al een eerder echo gehad in deze zwangerschap? Zo ja, wat was hiertoe de aanleiding?

Nee  Ja: \_\_\_\_\_

Neem de uitslag of een kopie me naar de aankomende afspraak.

## Extra onderzoek advies om te lezen

Nee Ja

Heb je de informatie Zwanger! gelezen? Kijk hiervoor op: [Zwanger!](#)

Heb je behoefte aan meer informatie over prenataal onderzoek?

Indien Nee, waarom niet?  Elk kind is welkom  geloofsovertuiging  kosten

te laat voor onderzoek  wil geen onderzoek  anders \_\_\_\_\_

Indien Nee, dan zijn onderstaande vragen niet op je van toepassing. Vul dan a.u.b. in 'n.v.t.'

Heb je website '[Onderzoek van mijn ongeboren kind.nl](#)' bekeken?

Ja  Nee  n.v.t.

Heb je de keuzehulp [Hulp bij het kiezen](#) ingevuld?

Ja  Nee (doe dit alsnog)  n.v.t.

Wens je gebruik te maken van een test  Ja  Nee  weet nog niet  n.v.t.

Indien **Ja**, van welke test zou je gebruik willen maken?  Combinatietest  NIPT  n.v.t.

Zijn andere zorgverleners op de hoogte gebracht van deze zwangerschap? Doe dit anders z.s.m.

	Nee	Ja
Huisarts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apotheek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wil je meewerken aan Moeders voor Moeders?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Vragen en opmerkingen

Zijn er onderwerpen die niet in deze vragenlijst besproken zijn, maar waarvan jij denkt dat ze wel belangrijk zijn om te vermelden, vul dit dan hieronder in:

---

---

---

Zijn er al vragen of onderwerpen die je graag de volgende afspraak met ons wilt bespreken, noteer ze alvast hieronder:

---

---

---

**Hartelijk dank voor het invullen van al deze vragen!!  
Tot ziens bij je eerste afspraak.**