

**VERLOSKUNDIGEN ROTTERDAM WEST**

CENTRUM VOOR VERLOSKUNDE, ECHOGRAFIE, PRECONCEPTIEZORG & ANTICONCEPTIE

Heemraadsingel 152, 3021 DK Rotterdam

[www.verloskundigenrotterdamwest.nl](http://www.verloskundigenrotterdamwest.nl) – info@verloskundigenrotterdamwest.nl

Vragenlijst voor de eerste controle

Ter voorbereiding op het intakegesprek willen wij u alvast een aantal vragen stellen. Wilt u deze vragenlijst ingevuld meenemen naar uw eerste afspraak?

**Neem a.u.b. bij de eerste controle ook uw legitimatie en verzekeringsbewijs mee.**

**1. Persoonlijke gegevens:**

Geboortedatum: Vul datum in Burgerlijke staat: Kies uw staat

Roepnaam: Vul in Roepnaam Partner: Vul in

Meisjesnaam: Vul in Achternaam Partner: Vul in

BSN: Vul in Beroep Partner: Vul in

Adres: Vul in Aantal uur per week: Vul in

Postcode: Vul in

Telefoonnummer: Vul in Tel. Nummer Partner: Vul in

Mobiel: Vul in

Email adres: Vul in

Etniciteit: Vul in

Godsdienst: Vul in

Beroep: Vul in Aantal uur per week: Vul in

Huisarts: Vul in

Apotheek: Vul in

Wat is uw lengte: Vul in

Wat was uw gewicht vóór uw zwangerschap? Vul in

Hoe bent u bij Verloskundigen Rotterdam West terechtgekomen? Kies er een of vul in bij anders:

**2. Uw gezondheid:** **Nee | Ja**

Heeft u regelmatig blaasontsteking? [ ]  | [ ]

Heeft u regelmatig last van bloedend tandvlees? [ ]  | [ ]

Heeft u regelmatig last van Candida (vaginale schimmelinfectie)? [ ]  | [ ]

Heeft u wel eens een uitstrijkje laten maken? [ ]  | [ ]

 Zo ja, wanneer en wat was de uitslag? Vul in

Heeft u waterpokken gehad? [ ]  | [ ]

Heeft u wel eens een koortslip ? [ ]  | [ ]

Heeft u wel eens een operatie gehad? [ ]  | [ ]

 Zo ja, waar aan en wanneer? Vul in

Heeft u wel eens een bloedtransfusie gehad? [ ]  | [ ]

Heeft u trombose gehad? [ ]  | [ ]

Heeft u een ernstige ziekte gehad? [ ]  | [ ]

Heeft u allergieën? [ ]  | [ ]

 Zo ja, welke? Vul in

Gebruikt u medicijnen? [ ]  | [ ]

 Zo ja, welke en hoeveel? *(graag de verpakking meenemen)* Vul in

Bent u allergisch voor bepaalde medicijnen? [ ]  | [ ]

Bent u onder behandeling van een psycholoog of psychiater (geweest)? [ ]  | [ ]

Heeft u een SOA (geslachtsziekte) (gehad) [ ]  | [ ]

 Zo ja, welke, wanneer en hoe is deze behandeld? Vul in

Bent u in de afgelopen 6 maanden in een buitenlands ziekenhuis opgenomen geweest?

 [ ]  | [ ]

Werkt u met slachtvee? [ ]  | [ ]

Heeft u een MRSA-positieve huisgenoot? [ ]  | [ ]

Bent u recent in een land geweest waar ZIKA voorkomt? [ ]  | [ ]

**2. Uw leefstijl:** **Nee | Ja**

Gebruikt u foliumzuur? [ ]  | [ ]

 Zo ja, vanaf wanneer? Vul in

Gebruikt u vitamine D? [ ]  | [ ]

Eet u dagelijks groente en fruit? [ ]  | [ ]

Eet u meerdere keren per week vlees, vis en zuivelproducten? [ ]  | [ ]

Beweegt u minimaal een half uur per dag (matig) intensief? [ ]  | [ ]

 Zo ja, wat doet u? Vul in

Rookt u? [ ]  | [ ]

 Zo ja, hoeveel? Vul in

Gebruikt u alcohol? [ ]  | [ ]

 Zo ja, hoeveel? Vul in

Gebruikt u drugs? [ ]  | [ ]

 Zo ja, welke en hoeveel? Vul in

**4.De gezondheid van uw familie (ouders, broers en zussen):** **Nee | Ja**

Komen er in uw familie aangeboren afwijkingen of ziekte voor? [ ]  | [ ]

 Zo ja, welke en bij wie? Vul in

Komt u er in uw familie suikerziekte voor? [ ]  | [ ]

 Zo ja, bij wie en welke vorm? Vul in

Gebruikt deze persoon medicatie? [ ]  | [ ]

Zijn er mensen in uw naaste familie met een (te) hoge bloeddruk? [ ]  | [ ]

Komen er in uw naaste familie schildklieraandoeningen voor? [ ]  | [ ]

Komt er in uw familie astma of COPD voor? [ ]  | [ ]

Komen er in uw familie stollingsafwijkingen voor? [ ]  | [ ]

Zijn u en de vader van uw baby familie van elkaar? [ ]  | [ ]

 Zo ja, wat is het verband? Vul in

**5. De gezondheid van de (biologische) vader van de baby** **Nee | Ja**

Komen er in zijn familie aangeboren afwijkingen of ziekte voor? [ ]  | [ ]

 Zo ja, welke en bij wie? Vul in

Heeft hij allergieën? [ ]  | [ ]

Zo ja, welke? Vul in

Rookt hij? [ ]  | [ ]

 Zo ja, wij adviseren om niet binnen of in uw nabijheid te roken.

Heeft hij kinderen uit andere relaties? [ ]  | [ ]

Zo ja, zijn de kinderen gezond? [ ]  | [ ]

**6. Deze zwangerschap:** **Nee | Ja**

Wat was de eerste dag van uw laatste menstruatie? Vul datum in

Heeft u de ‘pil’ gebruikt voor uw zwangerschap? [ ]  | [ ]

 Zo ja, tot wanneer? Vul datum in

Heeft u een ander voorbehoedsmiddel gebruikt? [ ]  | [ ]

Zo ja, welke? En tot wanneer? Vul in

Heeft u een regelmatige cyclus +/- 28 dagen? [ ]  | [ ]

Zo **nee**, welke? En tot wanneer? Vul in

Heeft u een zwangerschapstest gedaan of laten doen? [ ]  | [ ]

Zo ja, wanneer en wat was de uitslag? Vul in

Heeft u een vruchtbaarheidsbehandeling ondergaan? [ ]  | [ ]

**7. Eventuele vorige zwangerschappen:** **Nee | Ja**

Bent u ooit eerder zwanger geweest? [ ]  | [ ]

**Zo nee, dan kunt u dit gedeelte van de vragenlijst overslaan, u kunt doorgaan op de volgende pagina, beginnend bij ‘8. Sociale situatie’.**

Heeft u wel eens een miskraam gehad? [ ]  | [ ]

Zo ja, hoe vaak en wanneer? Vul in

Bent u toen gezien door de verloskundige, huisarts of gynaecoloog? [ ]  | [ ]

Heeft u een curettage gehad? [ ]  | [ ]

Zo ja, in welk ziekenhuis? Vul in

Zijn er complicaties geweest? [ ]  | [ ]

Heeft u wel eens een abortus laten doen? [ ]  | [ ]

Zo ja, hoe vaak en wanneer? Vul in

Zijn er complicaties geweest? [ ]  | [ ]

Hoeveel kinderen heeft u gekregen? Vul in

**Kunt u per kind de gevraagde gegevens invullen?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Kind 1** | **Kind 2** | **Kind 3** | **Kind 4** |
| **Geboortedatum:** |  |  |  |  |
| **Geslacht:** |  |  |  |  |
| **Naam:** |  |  |  |  |
| **Uitgerekende datum:** |  |  |  |  |
| **Geboortegewicht:**  |  |  |  |  |
| **Problemen in de zwangerschap:** |  |  |  |  |
| **Problemen tijdens de bevalling:****Type bevalling:** |  |  |  |  |
| **Plaats bevalling: (thuis/ ziekenhuis)** |  |  |  |  |
| **Problemen in het kraambed:** |  |  |  |  |
| **Borst- of flesvoeding:** |  |  |  |  |

Is één van uw kinderen tijdens de zwangerschap of na de geboorte overleden? [ ]  | [ ]

Zo ja, wanneer is dit gebeurd en wat was de oorzaak? Vul in

**8. Sociale situatie:**

**Etniciteit:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zwangere:** | **Vader baby:** | **Moeder zwangere** | **Vader zwangere** |
| **Geboorteland:** |  |  |  |  |
| **Bevolkingsgroep:** |  |  |  |  |

**Opleiding:**

Wat is de hoogst voltooide opleiding:

 **Zwangere: Partner:**

**Laag (geen onderwijs / basisonderwijs:** [ ]  [ ]

**Midden (VMBO / MBO / HAVO):** [ ]  [ ]

**Hoog: (HBO / WO):** [ ]  [ ]

 **Nee | Ja**

Heeft u (betaald) werk tijdens het eerste trimester van uw zwangerschap? [ ]  | [ ]

Heeft u voornamelijk een staand beroep, waarbij u weinig beweegt? [ ]  | [ ]

Zo ja, hoeveel uur per week? Vul in

Ervaart u stress op het werk?

 Nee [ ]

 Heel soms [ ]

 Vaak [ ]

 Heel vaak [ ]

 Altijd [ ]

**Inkomstenbron voor zwangerschap:**

 **Zwangere: Partner:**

**Werk:** [ ]  [ ]

**Uitkering:** [ ]  [ ]

**Geen / n.v.t.:**  [ ]  [ ]

**Gezamenlijk maandelijks netto-inkomen van het huishouden waartoe de zwangere behoort:**

 **Nee | Ja**

Bedraagt het gezamenlijk netto-inkomen van u en uw partner minder dan €1000,- per maand?

 [ ]  | [ ]

Is er sprake van financiële schuld waarvoor schuldsanering? [ ]  | [ ]

**Bent u in het verleden mishandeld?**

Heeft u te maken (gehad) met seksueel misbruik? [ ]  | [ ]

Heeft u te maken (gehad) met huiselijk geweld? [ ]  | [ ]

Is uw partner in het verleden mishandeld? [ ]  | [ ]

Bent u in de afgelopen 2 jaar in contact geweest met Bureau Jeugdzorg? [ ]  | [ ]

**Hoeveel personen zijn er voor u beschikbaar voor sociale steun?**

 Geen [ ]

 1 - 2 [ ]

 3 of meer [ ]

**Heeft u preconceptie advies gehad?** [ ]  | [ ]

Zo ja, bij wie? Vul in

**Is deze zwangerschap:**

 Gepland [ ]

 Ongepland wel gewenst [ ]

 Ongepland niet specifiek gewenst [ ]

**Wij danken u voor het invullen van deze vragenlijst. Uw antwoorden zullen tijdens de eerste controle met u besproken worden. Vanzelfsprekend zullen al uw antwoorden en gegevens vertrouwelijk behandeld worden.**