

**VERLOSKUNDIGEN ROTTERDAM WEST**

CENTRUM VOOR VERLOSKUNDE, ECHOGRAFIE, PRECONCEPTIEZORG & ANTICONCEPTIE

Heemraadsingel 152, 3021 DK Rotterdam

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