



Intakeformulier

We zullen het formulier gebruiken tijdens de eerste controle zodat we kunnen beoordelen hoe wij je zwangerschap en bevalling het beste kunnen begeleiden.

Het kan zijn dat je een aantal vragen al beantwoord hebt bij de telefonische aanmelding. We vragen je deze gegevens alsnog in te vullen zodat we kunnen controleren of we deze juist genoteerd hebben.

Algemeen

Voorletters _____

Voornaam _____

Meisjesnaam _____

Geboortedatum | | | | | | | |

Beroep _____

Partner

Voorletters _____

Voornaam _____

Achternaam _____

Geboortedatum | | | | | | | |

Beroep _____

Gehuwd Samenwonend Alleenstaand Anders

Achternaam kind _____

Adres

Straat+huisnummer _____

Postcode + woonplaats | | | | | | | | _____

Telefoonnummer huis | | | | | | | | | |

Mobielnummer | | | | | | | | | | | | | | | | | | Mobielnummer partner | | | | | | | | | | | | | |

E-mail _____ @ _____

Huisarts _____

Verzekering

Maatschappij _____

Polisnummer _____

Inschrijfnummer | | | | | | | | | | | | | |

BSN-nummer | | | | | | | | | | | | | |

Menstruele anamnese

Wat is de eerste dag van je laatste menstruatie? | | | | | | | | | |

Ben je hier zeker van? Ja Nee

Had je een regelmatige cyclus? Ja Nee

Wat was de duur van je cyclus? (in dagen) _____

Was je laatste menstruatie normaal, zoals voorgaande? Ja Nee

Zo nee, wat was er anders? _____

Ben je ooit bij een psycholoog of psychiater onder behandeling geweest? Ja Nee
Zo ja, om welke reden? _____

Ben je ooit lichamelijk of geestelijk misbruikt? Ja Nee

Heb je vlak voor of tijdens deze zwangerschap medicijnen gebruikt? Ja Nee
Zo ja, welke? _____

Gebruik je deze medicijnen nog steeds? Ja Nee
Indien je bent gestopt, wanneer was dit?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Rook je? Ja Nee
Zo ja, hoeveel sigaretten per dag? _____

Heb je alcohol gebruikt tijdens deze zwangerschap? Ja Nee
Zo ja, hoeveel? _____

Gebruik je drugs? Ja Nee
Zo ja, welke? _____
Hoeveel? _____

Ben je bekend met allergieën Ja Nee
Zo ja, welke? _____

Wat is je lengte? _____ cm

Wat was je gewicht voor de zwangerschap? _____ kg

Familie anamnese

Is je partner gezond? Ja Nee
Zo nee, met welke ziekte(s) is hij/zij bekend? _____

Rookt hij/zij? Ja Nee

Heeft hij/zij weleens een koortslip? Ja Nee

Is je partner ergens allergisch voor? Ja Nee
Zo ja, waarvoor? _____

Komen er allergieën in je nabije familie voor?(ouders, broers/zussen) Ja Nee
Zo ja, welke? _____

Komt er suikerziekte in jouw familie voor? Ja Nee
Zo ja, bij wie? _____

Komt er CERA of eczeem in jullie wederzijdse familie voor? Ja Nee

Komen er aangeboren afwijkingen en/of syndromen in
jullie wederzijdse familie voor? Ja Nee

*(aangeboren afwijkingen zijn afwijkingen die bij de geboorte aanwezig waren of op jonge leeftijd herkend zijn. Je moet denken aan; Syndroom van
Down, open ruggetje, hazenlip, aangeboren hartafwijking e.d.)*

Zo ja, bij wie? _____

Welke afwijking? _____

Is de erfelijkheid onderzocht? _____

Komen er in de wederzijdse familie doodgeboren kindjes voor? Ja Nee
(grootouders, ouders, broers, zussen)

Zo ja, is de oorzaak bekend? _____



Bedankt voor het invullen!

