

Van harte welkom bij Verloskundigenpraktijk Alkmaar (VPA)!

Je bent zwanger en naar ons toegekomen voor de begeleiding van de zwangerschap, bevalling en kraambed. Die begeleiding begint met het invullen van deze vragenlijst, zodat we uiteindelijk samen kunnen bepalen wat de best passende zorg zal zijn.

We stellen vragen over je gezondheid, gezinssituatie, familie, medische zaken etc. Wij begrijpen dat dit tijd vraagt en realiseren ons dat sommige vragen persoonlijk kunnen zijn. Weet je bij een vraag niet goed wat je moet invullen, laat die vraag dan open. Tijdens het doornemen van de vragenlijst bij de eerste afspraak met de verloskundige zullen deze openstaande vragen verder aan de orde komen.

Wij verzoeken je om deze vragenlijst thuis alvast in te vullen en vóór de eerste afspraak te uploaden in het zwangerenportaal. Indien dit niet lukt kan je de vragenlijst ook mailen naar [info@verloskundigenalkmaar.nl](mailto:info@verloskundigenalkmaar.nl) of meenemen naar de eerste afspraak.

Alvast hartelijk bedankt!



**Persoonlijke gegevens**

|                                                                |                                       |                                                   |
|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------|
| Voornaam + meisjesnaam                                         |                                       |                                                   |
| Geboortedatum                                                  |                                       |                                                   |
| Geboorteland                                                   |                                       |                                                   |
| Wat is het land van herkomst van je ouders?                    |                                       |                                                   |
| Telefoonnummer                                                 |                                       |                                                   |
| Burgerlijke staat                                              | Gehuwd<br>Samenwonend<br>Alleenstaand | Geregistr. partnerschap<br>LAT-relatie<br>Overig: |
| Religie/geloofsovertuiging                                     |                                       |                                                   |
| Beheers je de Nederlandse taal?                                | Goed<br>Matig                         | Redelijk<br>Slecht                                |
| Welke taal is een alternatief?<br>(Indien van toepassing)      |                                       |                                                   |
| Sinds wanneer woon je in Nederland?<br>(Indien van toepassing) |                                       |                                                   |
| Bij welke huisarts ben je ingeschreven?                        |                                       |                                                   |
| Bij welke apotheek ben je ingeschreven?                        |                                       |                                                   |

**Persoonlijke gegevens partner**

|                                             |               |                    |
|---------------------------------------------|---------------|--------------------|
| Voornaam + achternaam                       |               |                    |
| Geboortedatum                               |               |                    |
| Telefoonnummer                              |               |                    |
| Geboorteland                                |               |                    |
| Wat is het land van herkomst van je ouders? |               |                    |
| Religie/geloofsovertuiging                  |               |                    |
| Beheers je de Nederlandse taal?             | Goed<br>Matig | Redelijk<br>Slecht |

|                                                                |  |
|----------------------------------------------------------------|--|
| Welke taal is een alternatief?(Indien van toepassing)          |  |
| Sinds wanneer woon je in Nederland?<br>(Indien van toepassing) |  |

### Uw zwangerschap

|                                                       |                                                           |
|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Wanneer was de eerste dag van de laatste menstruatie? | Datum:                                                    |
| Ben je hier zeker van?                                | Ja      Nee                                               |
| Was dit een normale menstruatie?                      | Ja      Nee      Weet ik niet                             |
| Heb je anticonceptie gebruikt?                        | Nee      Ja, zo ja: welke:<br><br>Wanneer bent u gestopt? |
| Wanneer was de zwangerschapstest positief?            | Datum:                                                    |
| Hoe is deze zwangerschap ontstaan?                    | Op natuurlijke wijze<br>IUI    IVF    ICSI    Overig:     |

### Sociaal

|                                                       |             |
|-------------------------------------------------------|-------------|
| Wat is je hoogste afgeronde opleiding?                |             |
| Wat is je beroep?                                     |             |
| Hoeveel uur per week werk je?                         |             |
| Ontvang je een uitkering?                             | Ja      Nee |
| Zijn er financiële problemen?                         | Ja      Nee |
| Wat is de hoogste afgeronde opleiding van je partner? |             |
| Wat is het beroep van je partner?                     |             |
| Hoeveel uur per week werkt je partner?                |             |
| Ontvangt je partner een uitkering?                    | Ja      Nee |

## Uw gezondheid

|                                                                                        |                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Jouw lengte                                                                            |                                                                                              |
| Jouw gewicht                                                                           |                                                                                              |
| Ben je gezond?                                                                         | Ja      Nee, want:                                                                           |
| Heb je ooit een blaasontsteking gehad?                                                 | Nee      Ja, zo ja hoe vaak?      Sporadisch<br>1-2 keer per jaar      Vaker dan 2x per jaar |
| Ben je gevoelig voor tandvleesbloedingen/ontstekingen?                                 | Nee      Ja, zo ja hoe vaak?      Sporadisch<br>1-2 keer per jaar      Vaker dan 2x per jaar |
| Heb je ooit een vaginale schimmelweginfectie gehad?                                    | Nee      Ja, zo ja hoe vaak?      Sporadisch<br>1-2 keer per jaar      Vaker dan 2x per jaar |
| Heb je wel eens een uitstrijkje laten maken?                                           | Nee      Ja, zo ja wanneer?<br>Wat was de uitslag?                                           |
| Heb je ooit waterpokken gehad?                                                         | Ja      Nee      Weet ik niet                                                                |
| Ben je ingeënt tegen rode hond?                                                        | Ja      Nee      Weet ik niet                                                                |
| Heb je wel eens een koortslip?                                                         | Ja      Nee                                                                                  |
| Ben je drager van MRSA of een andere resistente bacterie?                              | Ja      Nee      Weet ik niet                                                                |
| Heb je iemand verzorgd die drager is van de MRSA bacterie?                             | Ja      Nee      Weet ik niet                                                                |
| Ben je werkzaam of woonachtig op een varkens-, vleeskalveren- of vleeskuiken houderij? | Ja      Nee                                                                                  |
| Heb je ooit een bloedtransfusie ondergaan?                                             | Nee      Ja, zo ja wanneer?                                                                  |
| Heb je ooit trombose gehad?                                                            | Ja      Nee                                                                                  |
| Gebruik je foliumzuur?                                                                 | Nee      Ja, zo ja sinds wanneer?                                                            |
| Gebruik je vitaminepreparaten?                                                         | Nee      Ja, zo ja welke?                                                                    |

|                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Gebruik je medicatie?                                                         | Nee      Ja, zo ja welke?                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Ben je wel eens geopereerd?                                                   | Nee      Ja, zo ja wanneer en waarvoor?                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Heb je ziekten of andere bijzonderheden?                                      | Nee      Ja, zo ja welke?                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Had je in het verleden of heb je op dit moment één van de volgende ziekten?   | Astma of chronische bronchitis<br>Auto-immuunziekten, zoals SLE<br>Stollingsziekten<br>Botbreuken in het bekkengebied<br>Eetstoornissen<br>Epilepsie<br>Hoge bloeddruk<br>Hart- en vaatziekten<br>Kanker<br>Leverziekte<br>Nierziekte<br>Schildklierafwijking<br>Suikerziekte<br>Trombose<br>Overig: |
| Ben je onder behandeling van een medisch specialist?                          | Nee      Ja, zo ja welke?                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Heb je wel eens een geslachtsziekte (SOA) gehad?                              | Nee      Ja, zo ja welke?                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Ben je ergens allergisch of overgevoelig voor?                                | Nee      Ja, zo ja waarvoor?                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Volg je een dieet, of eet je vegatarisch/veganistisch?                        | Nee      Ja, zo ja welk dieet?                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Werk je in je beroep met chemische stoffen, röntgen of radioactieve straling? | Nee      Ja, zo ja welke?                                                                                                                                                                                                                                                                            |

|                                      |     |                              |
|--------------------------------------|-----|------------------------------|
| Rook je?                             | Nee | Ja, zo ja hoeveel?           |
| Was dit voor de zwangerschap anders? | Nee | Ja, zo ja hoeveel?           |
| Drink je alcohol?                    | Nee | Ja, zo ja hoeveel?           |
| Was dit voor de zwangerschap anders? | Nee | Ja, zo ja hoeveel?           |
| Gebruik je drugs?                    | Nee | Ja, zo ja welke en hoe vaak? |
| Was dit voor de zwangerschap anders? | Nee | Ja, zo ja welke en hoe vaak? |

### Persoonlijk

|                                                                                                                               |     |                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Heb je ooit een nare ervaring gehad met een gynaecologisch onderzoek?                                                         | Ja  | Nee                                                                                                                          |
| Heb je ooit een nare ervaring gehad met seksualiteit?                                                                         | Ja  | Nee                                                                                                                          |
| Heb je ooit te maken gehad met (huiselijk) geweld?                                                                            | Ja  | Nee                                                                                                                          |
| Ervaren jij en/of je partner relatie problemen?                                                                               | Ja  | Nee                                                                                                                          |
| Indien ja ingevuld op bovenstaande 4 vragen:<br>Wil je over bovenstaande vragen iets toelichten of je ervaring met ons delen? |     |                                                                                                                              |
| Ben je onder behandeling (geweest) bij een psycholoog, psychiater, psychotherapeut of coach?                                  | Nee | Ja, zo ja om welke reden?<br><br>Mogen wij (indien nodig) contact opnemen met deze persoon?<br>Nee      Ja, contactgegevens: |
| Ervaar je op dit moment psychische klachten?                                                                                  | Nee | Ja, zo ja welke?                                                                                                             |

## Gezondheid partner

|                                          |                                       |
|------------------------------------------|---------------------------------------|
| Is je partner gezond?                    | Ja      Nee, want:                    |
| Wat is de lengte van je partner?         |                                       |
| Wat is het gewicht van je partner?       |                                       |
| Heeft je partner wel eens een koortslip? | Ja      Nee      Weet ik niet         |
| Rookt je partner?                        | Nee      Ja, zo ja hoeveel?           |
| Drinkt je partner alcohol?               | Nee      Ja, zo ja hoeveel?           |
| Gebruikt je partner drugs?               | Nee      Ja, zo ja welke en hoe vaak? |

## Medische verloskundige voorgeschiedenis

|                                                                       |                   |          |                                                                |           |
|-----------------------------------------------------------------------|-------------------|----------|----------------------------------------------------------------|-----------|
| Heb je ooit een miskraam of abortus voor 16 weken zwangerschap gehad? |                   |          | Nee      Ja, zo ja probeer zo goed mogelijk antwoord te geven. |           |
| Datum                                                                 | Zwangerschapsduur | Spontaan | Curettag                                                       | Medicatie |
|                                                                       |                   |          |                                                                |           |
|                                                                       |                   |          |                                                                |           |
|                                                                       |                   |          |                                                                |           |
|                                                                       |                   |          |                                                                |           |

|                                                                                     |                   |                 |                                                                |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----------------|----------------------------------------------------------------|--|
| Ben je ooit meer dan 16 weken zwanger geweest en werd het kindje levenloos geboren? |                   |                 | Nee      Ja, zo ja probeer zo goed mogelijk antwoord te geven. |  |
| Datum                                                                               | Zwangerschapsduur | Geboortegewicht | Oorzaak van overlijden                                         |  |
|                                                                                     |                   |                 |                                                                |  |
|                                                                                     |                   |                 |                                                                |  |
|                                                                                     |                   |                 |                                                                |  |
|                                                                                     |                   |                 |                                                                |  |

|                                                         |                                                              |        |        |        |
|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------|--------|--------|
| Heb je kinderen die niet in onze praktijk geboren zijn? | Nee    Ja, zo ja probeer zo goed mogelijk antwoord te geven. |        |        |        |
|                                                         | Kind 1                                                       | Kind 2 | Kind 3 | Kind 4 |
| Naam                                                    |                                                              |        |        |        |
| Geboortedatum                                           |                                                              |        |        |        |
| Jongen/Meisje                                           |                                                              |        |        |        |
| Bijzonderheden zwangerschap                             |                                                              |        |        |        |
| Bijzonderheden bevalling                                |                                                              |        |        |        |
| Bijzonderheden kind                                     |                                                              |        |        |        |
| Bijzonderheden moeder                                   |                                                              |        |        |        |
| Borst- of kunstvoeding                                  |                                                              |        |        |        |
| Allergieën                                              |                                                              |        |        |        |

|                                                                        |                             |
|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| Zijn alle hiervoor genoemde kinderen van dezelfde partner?             | Ja    Nee, evt toelichting: |
| Heb je kinderen die niet bij je in huis wonen?                         | Nee    Ja, evt toelichting  |
| Heb je kinderen met een aangeboren afwijking?                          | Nee    Ja, evt toelichting  |
| Heb je kinderen die onder behandeling zijn van een medisch specialist? | Nee    Ja, evt toelichting  |

## Familie voorgeschiedenis

|                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ben je familie van de aanstaande vader?                                                                                                                                                                                        | Nee      Ja, hoe?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Komen er in jouw familie of in de familie van je partner aangeboren afwijkingen voor?                                                                                                                                          | Nee      Ja, welke?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <p>Heeft iemand in jouw familie of in de familie van je partner één of meerdere van de volgende aandoeningen?</p> <p>Let op! Het gaat hierbij om vader, moeder, opa, oma, broers en zussen, en kinderen van broers/zussen.</p> | <p>Tuberculose</p> <p>Suikerziekte</p> <p>Hoge bloeddruk</p> <p>Schildklierafwijkingen</p> <p>Aandoeningen van het zenuwstelsel</p> <p>Bloedziekten (zoals, thalassemie, hemofilie, sikkelcelanemie of een stollingsstoornis)</p> <p>Hartafwijkingen voor het 35e levensjaar</p> <p>Psychiatrische aandoeningen (depressie, psychose, schizofrenie)</p> <p>Spierziekten</p> <p>Andere belangrijke aandoeningen:</p> |
| Zijn er andere bijzonderheden in jouw familie of de familie van je partner die u met ons wil delen?                                                                                                                            | Nee      Ja, namelijk:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

Hartelijk dank voor het invullen van deze lijst!

Denk je eraan om deze lijst voor de eerste afspraak te uploaden in het zwangerenportaal? Indien dit niet lukt kun je de vragenlijst ook mailen naar [info@verloskundigenalkmaar.nl](mailto:info@verloskundigenalkmaar.nl) of meenemen naar de eerste afspraak.