

5. Hoe lang duurde het vanaf het moment dat u actief kinders had totdat zwangerschap optrad. De tijdsperiode vóór de eerste zwangerschap en die tussen de kinderen
- | | | |
|---------------------|-------|---------|
| 1 ^e kind | _____ | maanden |
| 2 ^e kind | _____ | maanden |
| 3 ^e kind | _____ | maanden |

Als beginmoment neemt u het moment dat u en uw (toenmalige) partner gemeenschap hadden zonder gebruik te maken van een voorbehoedmiddel/ maatregel

6. Heeft u ooit één van de volgende ziekten of aandoeningen gehad? Zo ja, kunt u dan zo nauwkeurig mogelijk vermelden op welke leeftijd dit voorkwam?

	ja	nee	leeftijd
BOF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> jaar
TUBERCULOSE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> jaar
INFECTIE VAN ZAADBAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> jaar
INFECTIE VAN BIJBAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> jaar
INFECTIE VAN DE PROSTAAT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> jaar
URINEWEGINFECTIES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> jaar
GESLACHTSZIEKTEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> jaar
TRAUMA/ STEELDRAAI ZAADBAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> jaar

Kunt u nadere gegevens vermelden indien u bij één van deze ziektes ja heeft geantwoord?

7. Heeft u de afgelopen 6 maanden een periode van griep en/of hoge koorts gehad?
- | | | | |
|----|--------------------------|-----|--------------------------|
| ja | <input type="checkbox"/> | nee | <input type="checkbox"/> |
|----|--------------------------|-----|--------------------------|

8. Heeft u andere, hierboven niet vermelde ernstige en/ of langdurige ziekten gehad of heeft u die op dit moment nog ?
- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|

Zo ja, kunt u aangeven welke ziekte(n) en hoe dit verliep/ verloopt?

9. Heeft uw moeder ooit medicijnen in de zwangerschap toen ze van u zwanger was gebruikt? Zo ja welke?
- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|

10. Bent u ooit geopereerd aan één van de volgende aandoeningen of organen?

	ja	nee	leeftijd
URINEWEGEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> jaar
LIESBREUK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> jaar
BLAAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> jaar
VARICOCELE (spatader zaadbal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> jaar
HERSEN OF ZENUWLETSEL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> jaar
NIET INGEDAALDE ZAADBALLEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> jaar
ANDERE OPERATIE VAN DE ZAADBALLEN OF PENIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> jaar

Zo ja, zonodig nog de aandoening vermelden en het verloop beschrijven:

11. Heeft u veel klappen of een verwonding gehad aan de
zaadballen of penis door een ongeluk of sportbeoefening?
(bijv. vecht- of krachtsport)

ja	nee
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zo ja, graag meerdere details vermelden.

12. Bent u verder nog voor andere niet vermelde operaties
of ziekte(n) opgenomen geweest in het ziekenhuis?

ja	nee
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zo ja, kunt u aangeven waarvoor?

13. Gebruikt u op dit moment medicijnen, slaap- of vitamine-
pillen, drugs of spierversterkende middelen?

ja	nee
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zo ja, kunt u aangeven welke?

14. Heeft u ooit langer dan 2 à 3 weken medicijnen of drugs gebruikt of bent u in het verleden behandeld m.b.v. chemotherapie of bestraling ?

ja

nee

Zo ja, kunt u aangeven welke en waarvoor?

15. Rookt u of heeft u gerookt?

ja

nee

Zo ja, wat rook(te) u (sigaretten, sigaren, hash of andere)?

op welke leeftijd bent u begonnen?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	jaar
----------------------	----------------------	------

(indien gestopt) op welke leeftijd?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	jaar
----------------------	----------------------	------

hoeveel rook(te) u gemiddeld per dag?

16. Drinkt u wel eens alcohol?

ja

nee

Zo ja, wat drinkt u meestal?

hoeveel glazen gemiddeld per dag?

17. Wat is uw huidige beroep/ functie?

18. Bent U in uw woon- of werkomgeving ooit blootgesteld geweest aan:

ja

nee

HOGE TEMPERATUREN

CHEMICALIEN

METALEN

STRALING

BESTRIJDINGSMIDDELEN/ LANDBOUWGIFTEN

Zo ja, kunt u het specifieke product benoemen en aangeven voor hoe lang u hieraan bent blootgesteld?
