

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

6. Zijn er tijdens of na de bevalling complicaties opgetreden?
- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| ja | nee |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Zo ja, kunt u aangeven welke?

7. Heeft u ooit een
- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| ja | nee |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- buitenbaarmoederlijke zwangerschap gehad?
- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|
- miskraam gehad ?
- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|
- zwangerschap laten onderbreken ?
- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|

Indien u bij één van deze vragen ja heeft geantwoord, kunt u dan vermelden wanneer en hoe vaak dit is voorgekomen en of u koorts of complicaties hebt gehad na afloop?

8. Heeft u broers of zussen met ongewenste kinderloosheid?
- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ja | nee | onbekend |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

9. Heeft uw moeder medicijnen (bv DES) gebruikt tijdens de zwangerschap?
- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

10. Weet u op welke leeftijd uw moeder in de overgang kwam?
- Leeftijd: j. Weet niet

11. Hoe oud was uw moeder toen zij van u beviel?
- Leeftijd: j. Weet niet

12. Kunt u aangeven hoe oud u was toen u voor het eerst menstrueerde?
- Leeftijd: jaar

13. Menstrueert u de laatste tijd regelmatig ?
(normaal is om de 25-35 dagen)
- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| ja | nee |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

14. Kunt u aangeven wanneer u voor het laatst menstrueerde?
- | | | |
|---|---|---|
| dag | maand | jaar |
| <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |

15. Gebruikt u pijnstillers tijdens de menstruatie ?
- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|

16. Welke voorbehoedmiddelen/ maatregelen heeft u in het verleden gebruikt/ genomen en wanneer bent u hiermee begonnen en gestopt ?

	Merk	Gestart sinds		Gestopt sinds	
		maand	jaar	maand	jaar
<input type="checkbox"/>	De pil. _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Het spiraaltje _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Anders, nl. _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Geen voorbehoedmiddel gebruikt/ maatregel genomen				

17. Ervaart u pijn bij de geslachtsgemeenschap? ja nee

18. Houdt u rekening met "vruchtbare dagen"? ja nee
 Zo ja, kunt u aangeven hoe? _____

19. Heeft u ooit één van de volgende ziekten of klachten gehad? Zo ja, op welke leeftijd ?

	ja	nee	leeftijd
TUBERCULOSE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> jaar
URINEWEGINFECTIES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> jaar
GESLACHTSZIEKTEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> jaar
TEPELAFSCHEIDING	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> jaar
OVERMATIGE VAGINALE AFSCHIEDING	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> jaar
EILEIDERONTSTEKING	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> jaar
ANDERE INFECTIE IN ONDERBUIK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> jaar

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

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

	ja	nee	leeftijd
HERSEN- OF ZENUWSTELSEL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> jaar
EIERSTOKKEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> jaar
EILEIDERS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> jaar
BAARMOEDER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> jaar
BLINDEDARMONTSTEKING	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> jaar

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

21. Heeft u andere, hierboven niet vermelde, operaties
 ondergaan of ernstige en/ of langdurige ziekten gehad?

ja nee

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

22. Gebruikt u op dit moment medicijnen, drugs, slaap- of vitamine-
 pillen dan wel spierversterkende middelen?
 Zo ja, kunt u aangeven welke ?

ja nee

23. 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 ?
 Zo ja, kunt u aangeven welke en waarvoor ?

ja nee

24. Heeft u last van schommelingen in uw gewicht?

ja nee

25. Rookt u ?
 Zo ja, wat rookt u (sigaretten, hash e.d.)?
 hoeveel rookt u gemiddeld per dag ?

ja nee

26. Drinkt u wel eens alcohol?
 Zo ja, wat drinkt u meestal ?
 hoeveel glazen gemiddeld per dag ?

ja nee

27. Bent U in uw woon- of werkomgeving ooit blootgesteld geweest
 aan chemicaliën, metalen, straling of bestrijdingsmiddelen?
 Zo ja, kunt U het product benoemen en aangeven voor hoe lang u hieraan bent blootgesteld?

ja nee
