**Formulier eerste controle**

Op dit formulier staan vragen met betrekking tot onder andere uw medische verleden, uw menstruele cyclus en de medische achtergrond van uw familie. Tijdens de eerste zwangerschapscontrole zal de verloskundige dit met u doornemen, zodat er een compleet beeld geschetst kan worden van uw situatie.   
  
Het is prettig als u dit formulier invult en terugmailt naar info@verloskundigcentrum.nl , ruim voordat u bij ons op intake komt. Indien u dit niet fijn vindt, mag u het natuurlijk ook printen en meenemen naar uw afspraak.

**Persoongegevens:**

|  |  |
| --- | --- |
| Gegevens vrouw  Gegevens partner  Adres gegevens  Verzekering | Geboortedatum:  Roepnaam:  Voornamen:  Voorletters:  Voorvoegsel:  Familienaam:  Geboorteland:  Geboorteplaats:  Telefoon vast:  Telefoon mobiel:  E-mail:  Burgerlijke staat:  Godsdienst:  Afkomst: Nederlands/……..  Etniciteit:  Spreekt Nederlands: ja / nee  Overige spreektaal:  Roepnaam:  Voorvoegsel:  Familienaam:  Geboortedatum:  Telefoon mobiel:  Etniciteit:  Straat/nummer:  Postcode/Plaats:  Land:  BSN nummer:  Naam zorgverzekering:  Polisnummer:  Naam huisarts:  Adres gegevens huisarts (indien huisartsenpraktijk buiten Breda is): |

**Menstruele cyclus:**

|  |  |
| --- | --- |
| Wat was de eerste dag van uw laatste menstruatie? | ……. - ……….- 20……. \* |
| Verliep deze menstruatie normaal? | Ja / Nee \*  Indien nee: Waarom was de menstruatie anders dan anders? |
| Had u een regelmatige cyclus? | Ja / Nee \*  Indien ja: Hoeveel dagen telde uw cyclus meestal? |
| Weet u de datum van de bevruchting?  Is dit een geplande zwangerschap?  Heeft het lang geduurd voordat de kinderwens in vervulling gaat?  Heeft u voorheen anticonceptie gebruikt? | Ja / Nee \*  Indien Ja: Welke datum?  Ja / Nee \*  ………….. maand(en)  Ja / Nee \*  Indien ja: Welke?  Wanneer bent u hiermee gestopt? ……. - ……….- 20……. |
| Wanneer gaf uw zwanger-schapstest voor het eerst een positieve uitslag? | ……. - ……….- 20……. |

|  |  |
| --- | --- |
| Heeft u al een termijnecho gehad? | Ja / Nee \*  *Indien ja: Neem dan de uitslag mee.* |

**Herkomst:**

|  |  |
| --- | --- |
| Hoe wist u van het Verloskundig Centrum? | Aankruisen a.u.b. (Meerdere antwoorden mogelijk)   * Mijn huisarts heeft me verwezen. * Mijn gynaecoloog heeft me verwezen. * Via de Gouden Gids. * Via het telefoonboek. * Via de gemeentegids. * Via mensen uit mijn omgeving. * Via internet. * Van mijn vorige zwangerschap(pen). * Anders, namelijk: |
| Waarom heeft u gekozen voor het Verloskundig Centrum? | Aankruisen a.u.b (Meerdere antwoorden mogelijk)   1. Duidelijke website 2. Mogelijkheid avond/zaterdag spreekuur 3. Echoapparaat aanwezig 4. Tevredenheid familie/vrienden 5. Groepspraktijk 6. Aangeraden door huisarts/gynaecoloog   0 Anders, namelijk: |

|  |  |
| --- | --- |
| Bent u deze zwangerschap onder controle geweest bij een gynaecoloog? | Ja/nee \*  Zo ja, in welke stad/ naam ziekenhuis? |
| Wat is uw lichaamslengte? | .......... (cm) |
| Wat is uw gewicht aan het begin van de zwangerschap. | ………….. (kg) |

**Zwangerschapsverleden:**

|  |  |
| --- | --- |
| Is dit uw eerste zwangerschap?  Is dit voor uw partner de eerste zwangerschap?  Indien nee:  Uit hoeveel kinderen bestaat uw gezin  Hoeveel kinderen heeft uw partner | Ja / Nee \*  Indien nee:  Aantal zwangerschappen:  Aantal bevallingen:  Aantal miskramen:  Aantal abortussen:  Heeft u ooit een buitenbaarmoederlijke zwangerschap  gehad? Ja / nee \*  ja/nee \*  *Neem indien mogelijk gegevens van je vorige zwangerschap(pen) en bevalling(en) mee naar de eerste controle.* |

**Sociale Anamnese:**

|  |  |
| --- | --- |
| Bent u werkzaam? | Ja/nee \* |
| Wat is uw functie?  Welke hoeveelheid werk u? | ……………………………  Part-time / Full-time /………….uur per week |
| Is uw partner werkzaam? | Ja/nee \* |
| Wat is zijn/haar functie  Welke hoeveelheid werkt uw partner? | ……………………………..  Part-time / Full-time /………….uur |

**Medisch verleden:**

|  |  |
| --- | --- |
| *Heeft u weleens een blaasontsteking?* | *Ja / Nee \**  *Indien ja: Hoe vaak heeft u dit in het verleden gehad? Wanneer precies?* |
| *Heeft u weleens last van bloedend tandvlees of neus -bloedingen?* | *Ja / Nee \** |
| *Heeft u ooit een vaginale schimmelinfectie gehad?* | *Ja / Nee \**  *Indien ja: Hoe vaak heeft u dit gehad en wanneer precies.* |
| *Heeft u ooit een baarmoederhalsuitstrijkje gehad?* | *Ja / Nee \**  *Indien Ja: Wanneer was dit (jaartal) en welke PAP was het?* |
| *Heeft u ooit de waterpokken gehad?* | *Ja / Nee \** |
| *Heeft u wel eens een koortslip?* | *Ja/Nee\** |
| *Heeft u kort geleden in een buitenlands ziekenhuis gelegen (ivm de MRSA bacterie) of komt u regelmatig in aanraking met een varkenshouderij?* | *Ja/ Nee\**  *Indien Ja: Wanneer en om welke reden?* |
| *Heeft u weleens een bloedtransfusie gehad?* | *Ja / Nee \**  *Indien ja: Wat was de reden? Wanneer?* |
| *Heeft u ooit trombose(been) gehad of een longembolie?* | *Ja / Nee \**  *Indien ja: Wanneer? Hoe bent u behandeld?* |
| *Slikt u momenteel foliumzuurtabletten?*  *Slikte u Foliumzuur vooraf aan de zwangerschap, of vanaf het moment dat u weet dat u zwanger bent?* | *Ja / Nee \**  *Indien ja : Ik ben gestart met foliumzuur :*  *Vooraf aan de zwangerschap / na een positieve zwangerschapstest.*  *Indien nee: Het is aangeraden om tot de 11e week van de zwangerschap extra foliumzuur te gebruiken. Deze tabletten zijn te verkrijgen via apotheek en drogisterij.* |
| *Bent u verder gezond?* | *Ja/Nee \** |
| *Heeft u medicijnen gebruikt, vlak voor of tijdens deze zwangerschap?* | *Ja / Nee \**  *Indien ja: Welke? In welke hoeveelheden?* |
| *Bent uw weleens ernstig ziek geweest? Of iets waarvoor u regelmatig bij de huisarts moest komen?* | *Ja/Nee \**  *Indien ja: Kunt u dit nader toelichten?* |
| *Bent u ooit geopereerd?* | *Ja / Nee \**  *Indien ja: Waaraan bent u geopereerd? Wanneer?* |
| *Heeft u ooit iets niet prettigs meegemaakt op seksueel gebied of heeft u ooit te maken gehad met seksueel of huiselijk geweld?* | *Ja / Nee \**  *Indien ja: Tijdens de eerste controle zullen we met u bespreken, in hoeverre dit voor u invloed heeft op de beleving van uw zwangerschap en bevalling.* |
| *Is er bij u sprake van een besnijdenis (evt in samenhang met uw geloofsovertuiging)?* | *Ja/ Nee\** |
| *Bent u ooit bij een psycholoog of psychiater onder behandeling geweest?* | *Ja / Nee \**  *Indien ja: Wat was de reden? Wanneer?* |
| *Heeft u een voorgeschiedenis betreft zwangerschap/ bevalling en was daar iets bijzonders mee?* | *Ja / Nee \**  *Toelichting bijzonder:* |
| *Bent u ooit onder behandeling geweest van een specialist in verband met een aandoening?* | *Ja / Nee \**  *Indien ja: Welke specialist. Welke aandoening? Wanneer?* |
| *Heeft u ooit een geslachtsziekte (SOA) doorgemaakt?* | *Ja/Nee\**  *Indien ja, welke en wanneer?*  *Is deze behandeld?* |
| *Bent u ergens allergisch voor?*  *Welke reactie is er te verwachten wanneer u daarmee in aanraking komt?* | *Ja / Nee \**  *Indien ja: Waarvoor?*  *Namelijk:* |
| *Heeft u ooit gerookt of rookt momenteel?*  *Bent u op de hoogte van de gevolgen van roken in de zwangerschap?*  *Indien u recent gestopt bent met roken of wilt stoppen met roken, zou u daarbij hulp vanuit onze kant willen ontvangen of wat extra ondersteuning?* | *Ja/ Nee \**  *Geef aan welke van toepassing is:*  *- vroeger gerookt*  *- gestopt voor huidige zwangerschap*  *- gestopt in de eerste maanden van de zwangerschap*  *- gestopt later in de zwangerschap*  *- rookt minder dan 10 sigaretten per dag*  *- rookt gemiddeld 10-20 sigaretten per dag*  *- rookt meer dan 20 sigaretten per dag*  *Ja / Nee \**  *Ja / Nee,\**  *Geen behoefte aan*  *Graag maken wij u erop alert dat middels onderstaande website u ondersteuning kunt vinden en verder uitleg betreft stoppen met roken:*  [*www.rookvrijookjij.nl*](http://www.rookvrijookjij.nl) |
| *Heeft u ooit drugs gebruikt of gebruikt u het momenteel?* | *Ja / Nee / Voorheen wel gebruikt*  *Indien ja: Welke drugs gebruik(te) u? Hoe vaak?* |
| *Gebruikte u buiten de zwangerschap alcohol?* | *Ja / Nee \**  *Indien ja: Hoeveel alcohol gebruikte u?*  *Geef aan welke van toepassing is:*  *- geen*  *- sporadisch*  *- regelmatig, 0-2 eenheden per dag*  *- regelmatig, 2 of meer eenheden per dag* |
| *Gebruikt u in de zwangerschap alcohol?*  *(vanaf het moment dat u weet dat u zwanger bent?)* | *Ja / Nee \**  *Indien ja: Hoeveel alcohol gebruik je?*  *Geef aan welke van toepassing is:*  *- geen*  *- sporadisch*  *- regelmatig, 0-2 eenheden per dag*  *- regelmatig, 2 of meer eenheden per dag* |
| *Bent U op de hoogte van de gevolgen van alchohol in de zwangerschap?* | *Ja/Nee\** |

**Gezondheid partner?**

|  |  |
| --- | --- |
| Is uw partner (de vader van uw baby) gezond? | Ja / Nee \*  Indien nee: Waarom niet? |
| Komen er aangeboren afwijkingen voor in de familie van de vader van de baby ?(Denk bijvoorbeeld aan syndroom van Down, open rug, hazenlip, hartafwijkingen etc.) | Ja / Nee \*  Indien ja: Welke aandoening? Bij wie? Weet U of deze afwijking erfelijk is? |
| *Heeft uw partner wel eens een koortslip?* | *Ja / Nee \** |
| *Heeft u bepaalde gezondheidsproblemen die bovenstaand nog niet zijn vermeld?* | *Ja / Nee \**  *Indien ja: Welke?* |

**Gezondheid Mevrouw**

|  |  |
| --- | --- |
| Heeft u zelf als kind het normale vaccinatie programma doorlopen wat hier in Nederland aangeboden wordt? (Betreft kinderziektes ed.) | Ja / Nee \* |
| *Geeft u toestemming aan ons om informatie over u en uw zwangerschap te delen met uw partner?* | *Ja / Nee \** |
| Komen er aangeboren afwijkingen voor in de familie van de moeder van de baby ? (denk bijvoorbeeld aan syndroom van Down, open rug, hazenlip, hartafwijkingen etc.) | ja / Nee \*  Indien ja: Welke aandoening? Bij wie? Weet je of deze afwijking erfelijk is? |
| Weet u wat u wel of niet mag eten in de zwangerschap?  Bent u op de hoogte van het Landelijk advies om multivitamines te gebruiken in de zwangerschap? | Ja / Nee \*  Ja/ Nee \* |

**Familie achtergrond:**

|  |  |
| --- | --- |
| Lijdt u aan suikerziekte of heeft u zwangerschapssuiker gehad in een eerdere zwangerschap?  Komt er in uw naaste familie suikerziekte voor?  (vader, moeder, broers of zussen) | Ja / Nee \*  Ja / Nee \*  Indien ja: Wie? |
| Komt er bij u of in uw naaste familie hoge bloeddruk voor? | Ja / Nee \*  Indien ja: Wie? |
| Is er sprake van schildklierproblematiek bij u, waarvoor u onder behandeling bent bij de huisarts? | Ja / Nee \* |
| *Zijn er bepaalde gezondheidsproblemen die bovenstaand nog niet zijn vermeld, maar wel voor ons van belang zijn om te weten?* | Ja / Nee \*  Indien Ja, welke? |
| In Nederland worden alle zwangerengegevens verzameld in een landelijke database. Hierdoor kunnen we leren van elkaars zwangerschap en de zorg in Nederland verbeteren. Vindt u het goed dat uw gegevens meegaan naar de landelijke database? | Ja / Nee \* |

Als zwangere vrouw heeft u in Nederland de mogelijkheid om uw ongeboren kind te laten onderzoeken. Tijdens de intake bespreken wij de mogelijkheid tot het verrichten van prenatale screening met u. Voorafgaand aan de intake is het prettig als u hierover al wat meer informatie heeft gelezen. Indien u geen informatie wenst mag dit ook, het is dan niet noodzakelijk verder te lezen. Prenatale screening is een keuze. Dit kan via onze website [www.verloskundigcentrum.nl](http://www.verloskundigcentrum.nl) onder het thema **zwangerschap** en vervolgens onder het kopje **‘prenatale screening’**. Ook is er informatie te vinden op [www.prenatalescreening.nl](http://www.prenatalescreening.nl)

**Onderstaand formulier hoeft u nog niet in te vullen, alleen doorlezen a.u.b.**

**Dit wordt bij de eerste controle ter ondertekening aangeboden.**



Verloskundig Centrum, Graaf Hendrik III laan 63, 4891 CA Breda, tel: 076-5657177

**Toestemmingsformulier**

Hierbij verklaart ondergetekende, mevrouw……………………………, geboren .. / .. / …. , akkoord te gaan met het verzenden van haar zorggegevens omtrent de verleende verloskundige zorg naar de volgende organisaties: Perinatale Registratie Nederland, Praeventis en Peridos.

**Peridos**

Peridos is het digitale dossier waarin zorgverleners in het kader van de screening op Downsyndroom en de 20 weken echo gegevens vastleggen om de kwaliteit en het proces van de screening te verbeteren en optimaliseren

**Praeventis**

Gegevens van bloedonderzoek worden vastgelegd in een landelijk registratiesysteem. Dit gebeurt om de kwaliteit van het bloedonderzoek te kunnen waarborgen en het proces te kunnen bewaken. Praeventis geeft een signaal af als bijvoorbeeld een uitslag afwijkend is en er geen actie wordt ondernomen.

**PRN**

Het doel is de kwaliteit van de zorg te verbeteren. De Stichting PRN verzamelt data uit het gehele proces door de verschillende disciplines (verloskundigen en gynaecologen) heen en publiceert hierover.

Tevens geeft ondergetekende de medewerkers van het Verloskundig Centrum, praktijk voor verloskunde, toestemming om over haar gezondheidssituatie te overleggen met andere hulpverleners en eventueel hiertoe een consult te regelen in het ziekenhuis naar keuze indien dit gezien het verloop van de zwangerschap, baring en/of kraambed noodzakelijk wordt geacht om optimale verloskundige zorg te kunnen verlenen.

Voorts machtigt ondergetekende de medewerkers van het Verloskundig Centrum om het medisch dossier, of relevante delen hiervan, beschikbaar te stellen aan andere relevante hulpverleners indien noodzakelijk om optimale verloskundige zorg te kunnen verlenen.

Naam: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Geboortedatum: …………………………………………………………………………………………………………………………………

Datum van ondertekening: …………………………………………………………………………………………………………………

Handtekening: