

Vragenlijst patiënt Anticonceptie

Bekijk voor uw afspraak de informatie op www.anticonceptie.nl

Naam:

Gewicht:

Geboortedatum:

Lengte:

1. Eerdere anticonceptie

Heb je eerder andere anticonceptie gebruikt?	Ja / Nee (ga naar vraag 2)
Wanneer?	
Hoe lang?	
Welke problemen of bijwerkingen heb je eerder ervaren met anticonceptie?	

2. Wensen en belemmeringen bij anticonceptie

Naar welke vorm van anticonceptie gaat uw voorkeur uit? (en van uw evt. partner?)	
Welke vragen of zorgen heb je nog over anticonceptie?	
Over welke vorm van anticonceptie twijfel je nog?	
Welke anticonceptiemethode wilt u niet (meer) gebruiken en waarom niet?	

3. Uw persoonlijke situatie

Hebt u een (vaste) partner?	Ja / Nee
Hebt u wisselende seksuele contacten?	Ja / Nee
Hebt u mogelijk een SOA	Ja / Nee
Rookt u/ Vaped u?	Ja/ Nee
Gebruikt u sint-janskruid?	Ja/ Nee
Komt er in uw familie trombose voor?	Ja / Nee
Komt er in uw familie borstkanker voor?	Ja / Nee
Komt er in uw familie ovariumkanker voor?	Ja/ Nee
Bent u bekend met een ernstige leverfunctiestoornis.	Ja/ Nee
Is bekend dat u drager bent van de BRCA-genmutatie of komt dit voor in uw familie? Komt er eierstokkanker voor in uw familie?	Ja/ Nee
Hebt u een gastric bypass ondergaan?	Ja/ Nee
Bent u allergisch voor koper?	Ja / Nee
Hebt u last van migraine met aura	Ja/ Nee
Mag iemand anders weten dat je anticonceptie gebruikt?	Ja / Nee
Bent u pas bevallen?	Ja / Nee

Zo ja, hebt u een keizersnede gekregen?	Ja / Nee
Geeft u borstvoeding?	Ja / Nee
Hebt u in het verleden een zwangerschapsvergiftiging gehad?	Ja / Nee
Bent u ooit onbedoeld zwanger geweest?	Ja / Nee
Hebt u (nog) een kinderwens?	Ja / Nee
Hoe is uw huidige cyclus?	Regelmatig / Onregelmatig
Hebt u last van onverklaarbaar vaginaal bloedverlies	Ja/ Nee
Hebt u last van hevig bloedverlies?	Ja / Nee
Hebt u last van hevige buikpijn?	Ja / Nee
Wat is uw doel?	Menstruatie kunnen plannen/ Zwangerschap voorkomen/ Minder klachten

4. Uw Wensen

Criteria voor gebruik anticonceptie:	Methodes die geschikt zijn:
Hoe vaak wilt u er aan denken? A. Iedere dag. B. Niet iedere dag, maar wel regelmatig. C. Bijna nooit.	A. Anticonceptiepil. B. Pleister, ring, prikpil. C. Spiraal, implantaat.
Mag iemand anders zien dat je anticonceptie gebruikt? A. Ja. B. Nee, ik wil het geheim houden.	A. Pil, implantaat, ring of pleister. B. Spiraal, prikpil.
Mag een dokter je anticonceptie inbrengen? A. Ja. B. Nee, ik wil het helemaal zelf gebruiken.	A. Spiraal, implantaat, prikpil. B. Pil, ring, pleister.
Wil je zelf plannen wanneer je ongesteld bent? A. Ja. B. Nee.	A. Pil, ring, pleister. B. Spiraal, implantaat, prikpil.
Wil je minder last hebben van je menstruatie? A. Ja. B. Nee.	A. Pil, ring, pleister, hormoonspiraal, prikpil. B. Koperspiraal (je bloeding kan heftiger worden).
Mag je wegens een aandoening geen hormonen gebruiken? A. Ja. B. Nee.	A. Koperspiraal. B. Pil, ring, pleister, implantaat, hormoonspiraal, prikpil.
Zijn de kosten van belang? A. Ja. B. Nee.	A. Koperspiraal, pil, prikpil. B. Ring, pleister (implantaat, hormoonspiraal).

5. Medicatie

Welke medicatie gebruikt u?	
-----------------------------	--