

## Vragenlijst patiënt Anticonceptie

Bekijk voor uw afspraak de informatie op [www.anticonceptie.nl](http://www.anticonceptie.nl). Lever deze vragenlijst vooraf in!

Naam:

Gewicht:

Geboortedatum:

Lengte:

### 1. Algemeen

|                                                  |                                                                                                                                                         |                                     |
|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| Welke anticonceptie hebt u eerder gebruikt?      |                                                                                                                                                         |                                     |
| Hoe was uw ervaring?                             |                                                                                                                                                         |                                     |
| Welke anticonceptie heeft uw voorkeur en waarom? |                                                                                                                                                         |                                     |
| Over welke anticonceptie hebt u nog vragen?      |                                                                                                                                                         |                                     |
| Wat is uw doel?                                  | <input type="radio"/> Zwangerschap voorkomen.<br><input type="radio"/> Menstruatie kunnen plannen.<br><input type="radio"/> Minder menstruatieklachten. |                                     |
| Hoe is uw huidige cyclus?                        | <input type="radio"/> Regelmatig.                                                                                                                       | <input type="radio"/> Onregelmatig. |
| Hebt u deze klachten                             | <input type="radio"/> Onverklaarbaar vaginaal bloedverlies.<br><input type="radio"/> Hevige buikpijn en/of hevig bloedverlies.                          |                                     |

### 2. Uw persoonlijke situatie

|                                                                                                                               | JA | NEE |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----|--|
| Hebt u (nog) een kinderwens?                                                                                                  |    |     |  |
| Hebt u wisselende seksuele contacten?                                                                                         |    |     |  |
| Hebt u mogelijk een SOA                                                                                                       |    |     |  |
| Rookt u/ Vaped u?                                                                                                             |    |     |  |
| Gebruikt u sint-janskruid?                                                                                                    |    |     |  |
| Komt er in uw familie trombose voor? Zo ja, bij wie?                                                                          |    |     |  |
| Komt er in uw familie borstkanker voor? Zo ja, bij wie?                                                                       |    |     |  |
| Komt er in uw familie ovariumkanker voor? Zo ja, bij wie?                                                                     |    |     |  |
| Is bekend dat u drager bent van de BRCA-genmutatie of komt dit voor in uw familie? Komt er eierstokkanker voor in uw familie? |    |     |  |
| Hebt u last van migraine met aura                                                                                             |    |     |  |
| Bent u pas bevallen?                                                                                                          |    |     |  |
| Zo ja, hebt u een keizersnede gekregen?                                                                                       |    |     |  |
| Geeft u borstvoeding?                                                                                                         |    |     |  |
| Hebt u in het verleden een zwangerschapsvergiftiging gehad?                                                                   |    |     |  |
| Bent u ooit onbedoeld zwanger geweest?                                                                                        |    |     |  |