

Vragenlijst patiënt Anticonceptie

Bekijk voor uw afspraak de informatie op www.anticonceptie.nl. Lever deze vragenlijst vooraf in!

Naam:

Gewicht:

Geboortedatum:

Lengte:

Telefoonnummer:

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?	☐ Zwangerschap voorkomen. ☐ Menstruatie kunnen plannen. ☐ Minder menstruatieklachten.	
Hoe is uw huidige cyclus?	☐ Regelmatig.	☐ Onregelmatig.
Hebt u deze klachten	☐ Onverklaarbaar vaginaal bloedverlies. ☐ 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?			
Hebt u borstkanker of in het verleden borstkanker gehad?			
Is bekend dat u drager bent van de BRCA-genmutatie of komt dit 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?			