

Pat. No: \_\_\_\_\_

Naam: Mevr./mej.: \_\_\_\_\_

Voornaam: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Woonplaats: \_\_\_\_\_

Geb. datum: \_\_\_\_\_

Telefoon: \_\_\_\_\_

Ongehuwd  Gehuwd

**Stimezo Zwolle**  
kliniek voor zwangerschapsafbreking

Oosterlaan 14  
8011 GC Zwolle  
tel: 038- 421 70 00

**Naamstempel huisarts:**

telefoonnr: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

Geachte Collega,

Hierbij verwijs ik u mijn patiënte Mevr./mej.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ voor een abortus arte provocatus.

L.M. _____ <input type="checkbox"/> Zeker <input type="checkbox"/> Onzeker	Zwangerschap vastgesteld <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, methode: _____	Aantal kinderen: _____ Miskraam: _____	Eerder ab. prov. Bekend <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, nl.: _____
--	---	---	--

**Vroegere ziekten: (aanstrepen s.v.p.; gaarne toelichting!)**

- |   |   |  |                                       |   |
|---|---|--|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Recente infecties  | <input type="checkbox"/> Abdom. operaties | <input type="checkbox"/> Epilepsie     | <input type="checkbox"/> CARA (astma) | <input type="checkbox"/> Diabetes             |
| <input type="checkbox"/> Fluor vaginalis    | <input type="checkbox"/> Gynaecol afw.    | <input type="checkbox"/> Hepatitis/HIV | <input type="checkbox"/> Hartziekten  | <input type="checkbox"/> Anaemie              |
| <input type="checkbox"/> Geslachtsziekten   | <input type="checkbox"/> Verlosk. afw.    | <input type="checkbox"/> Psychosen     | <input type="checkbox"/> Nierziekten  | <input type="checkbox"/> Geneesmidd. allergie |
| <input type="checkbox"/> Tuberculose        | <input type="checkbox"/> Bloedtransfusies | <input type="checkbox"/> Neurol afw.   | <input type="checkbox"/> Hypertensie  |   |
| <input type="checkbox"/> Andere, nl.: _____ |   |  |                                       |   |

**Indicatie:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bij minderjarigen: Ouders/voogd ingelicht?  Ja  Nee, want: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Laboratorium**

Handtekening:

Bloedgroep: \_\_\_\_\_ Rh. \_\_\_\_\_