

Gegevenscliënte:

Naam: _____

Adres: _____

Postcode _____

Woonplaats _____

Geb datum: _____

BSN: _____

1^{ste} daglaatste menstruatie: _____

Graviditeit: _____

Pariteit: _____

Spontane abortus: _____

Abortus Arte Provocatus: _____

Anamnese

Gynaecologische behandeling: _____

Abdominale operaties: _____

SOA: _____

P.I.D.: ja Nee

Allergie: _____

Medicijngebruik: _____

Rhesusfactor: _____

Medische voorgeschiedenis: _____

Onderzoek

Echografie conform: _____ wk AM

Zwangerschapstest op (datum): _____

Reden abortus:

Overige opmerkingen:

Anticonceptie

Voornaamste anticonceptie gedurende laatste 6 maanden: _____

Waarom heeft anticonceptie gefaald? _____

Gewenste anticonceptie na abortus: _____

- Indien de cliënte na de behandeling een spiraal wenst, verzoeken wij u hiervoor een recept mee te geven en de cliënte te vragen de spiraal vooraf bij de apotheek op te halen en mee te nemen.

Datum 1ste gesprek: _____

Naam verwijzer: _____

Handtekening: _____

Stempel praktijk

Voor het maken van een afspraak:

tel 038 4217000

of mail naar: vragen@stimezo-zwolle.nl