**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?   1. Iedere dag. 2. Niet iedere dag, maar wel regelmatig. 3. Bijna nooit. | 1. Anticonceptiepil. 2. Pleister, ring, prikpil. 3. Spiraal, implantaat. |
| Mag iemand anders zien dat je anticonceptie gebruikt?   1. Ja. 2. Nee, ik wil het geheim houden. | 1. Pil, implantaat, ring of pleister. 2. Spiraal, prikpil. |
| Mag een dokter je anticonceptie inbrengen?   1. Ja. 2. Nee, ik wil het helemaal zelf gebruiken. | 1. Spiraal, implantaat, prikpil. 2. Pil, ring, pleister. |
| Wil je zelf plannen wanneer je ongesteld bent?   1. Ja. 2. Nee. | 1. Pil, ring, pleister. 2. Spiraal, implantaat, prikpil. |
| Wil je minder last hebben van je menstruatie?   1. Ja. 2. Nee. | 1. Pil, ring, pleister, hormoonspiraal, prikpil. 2. Koperspiraal (je bloeding kan heftiger worden). |
| Mag je wegens een aandoening geen hormonen gebruiken?   1. Ja. 2. Nee. | 1. Koperspiraal. 2. Pil, ring, pleister, implantaat, hormoonspiraal, prikpil. |
| Zijn de kosten van belang?   1. Ja. 2. Nee. | 1. Koperspiraal, pil, prikpil. 2. Ring, pleister (implantaat, hormoonspiraal). |

**5. Medicatie**

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