

**Verwijsformulier abortushulpverlening**

Etiket cliëntgegevens

Datum van het eerste gesprek waarin cliënte heeft aangegeven deze zwangerschap eventueel niet te willen uitdragen:

.....

Ik ben van cliënte:

de huisarts/gynaecoloog/ .....

Haar beslissing om de zwangerschap af te breken is:  
zeker/niet zeker

**1° dag laatste menstruatie:** .....

Bloedverlies normaal/minder dan normaal

Zwangerschapstest positief dd: .....

Graviditeit: .....

Pariteit: .....

Spontane abortus: .....

Abortus arte provocatus: .....

EUG: .....

Rhesusfactor: .....

Indien bekend: echo dd .....

Conform ..... weken amenorrhoe

Indien cliënte jonger dan 16 jaar is:

Ouders zijn wel/niet op de hoogte

Welke andere meerderjarige is op de hoogte?

.....

**Anamnese**

Gynaecologische behandeling ja/nee

Abdominale operaties ja/nee

Vaginale infecties ja/nee

PID ja/nee

Allergieën:.....

Medicatie:.....

Andere relevante afwijkingen.....

.....

Anticonceptie gedurende het laatste jaar:

.....

Waarom heeft de anticonceptie gefaald?

.....

Gewenste anticonceptie na abortus:

.....

Overige opmerkingen:

.....

.....

.....

Stempel arts/praktijk:

Datum:

Handtekening:

**Alleen voor intercollegiaal overleg: 050-3134622, maandag/donderdag/vrijdag 9.00 - 16.30 uur**

**Voor afspraken en informatie: 050-3132250, maandag t/m vrijdag 9.00 - 16.30 uur**