



Verwijsformulier Abortushulpverlening

Gegevens cliënte:

Naam: _____

Adres: _____

Postcode: _____

Woonplaats: _____

1^{ste} dag laatste menstruatie: _____

Graviditeit: _____

Pariteit: _____

Spontane abortus: _____

Abortus Arte Provocatus: _____

Anticonceptie

Voornaamste anticonceptie gedurende laatste 6 maanden:

Waarom heeft anticonceptie gefaald?

Anamnese

Gynaecologische behandeling: _____

Abdominale operaties: _____

SOA: _____

P.I.D.: ja nee

Allergie: _____

Medicijngebruik: _____

Rhesusfactor: _____

Andere relevante afwijkingen: _____

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: _____

Onderzoek

Vaginaal toucher: _____

Echografie conform: _____ wk AM

Zwangerschapstest op (datum): _____

Reden abortus:

Overige opmerkingen:

Stempel praktijk

Voor het maken van een afspraak:

tel 088 2007 333

of mail naar info@mildredclinics.nl