



## Verwijsformulier Abortushulpverlening

### Gegevens cliënte

Naam: .....

BSN: .....

Geboortedatum: .....

Adres: .....

Postcode: .....

Woonplaats: .....

1<sup>ste</sup> dag laatste menstruatie: .....

Graviditeit: .....

Pariteit: .....

Spontane abortus: .....

Abortus Arte Provocatus: .....

### Anticonceptie

Voornaamste anticonceptie gedurende laatste 6 maanden:

.....  
.....

Waarom heeft anticonceptie gefaald? .....

.....  
.....

Gewenste anticonceptie na abortus: .....

.....  
.....

### Anamnese

Gynaecologische behandeling: .....

Abdominale operaties: .....

SOA: .....

P.I.D.: ja      nee

Allergie: .....

Medicijngebruik: .....

Andere relevante ziekten: .....

.....

Naam verwijzer: .....

Handtekening: .....

### Onderzoek

Echografie conform: .....

Zwangerschapstest op (datum): .....

### Stempel praktijk

### Reden abortus

.....  
.....  
.....

Overige opmerkingen:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Voor het maken van een afspraak:

Tel 088 2007 333

of mail naar [info@mildredclinics.nl](mailto:info@mildredclinics.nl)