



INTAKE FORMULIER CURSUS ZWANGERFIT NA DE BEVALLING

datum :

naam :

roepnaam :

adres :

woonplaats :

telefoon :

mobiel :

geb. datum :

telefoon nood :

beroep :

e-mailadres :

huisarts :

verloskundige :

gynaecoloog :

Wilt u de onderstaande vragen zo volledig mogelijk invullen?

Naam van uw baby?.....

geslacht: jongen/ meisje

Hoe oud is uw baby nu?.....

Datum van de geboorte?.....

Hoe gaat het met uw baby? Omcirkel indien van toepassing:

Goed / huilt veel / nog geen ritme / last van darmkrampjes / anders.....

.....

.....

En hoe gaat u hiermee om? Omcirkel indien van toepassing:

ik had dit verwacht / het valt wat tegen / ik maak me zorgen / het leidt tot stress / anders.....

.....

.....

.....

Was dit uw eerste zwangerschap en bevalling ? ja / nee
Hoeveelste zwangerschap?.....Hoeveelste bevalling?.....

Hoe oud is/zijn uw andere kind(eren)?.....

Hoe verliep de bevalling?.....

Waren er bijzonderheden tijdens de bevalling? Omcirkel indien van toepassing:
Thuisbevalling / ziekenhuis: poliklinisch of medische indicatie
Reden indicatie:.....
.....

Ingrepen: ingeleid / knip / ingescheurd: beetje, ver, totaal ruptuur / fors meedrukken op de buik bij persen / vacuümpomp / tangverlossing / keizersnede: spoed of gepland

Na de bevalling nog last van.....
.....

Waren er bijzonderheden tijdens de bevalling of de kraamweek?.....
.....

Heeft u nu klachten? ja / nee

Zijn onderstaande klachten op u van toepassing ? Kruis aan:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hartafwijking | <input type="checkbox"/> Vroegtijdige geboorten | <input type="checkbox"/> voorliggende placenta |
| <input type="checkbox"/> Hoge bloeddruk | <input type="checkbox"/> Meerlingzwangerschap | <input type="checkbox"/> Incontinentie |
| <input type="checkbox"/> Bloedarmoede | <input type="checkbox"/> Weinig actief leven | <input type="checkbox"/> Groeiachterstand baby |
| <input type="checkbox"/> Schildklierafwijking | <input type="checkbox"/> Extreme gewichtstoename | <input type="checkbox"/> Veelvuldig harde buiken |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus (suiker) | <input type="checkbox"/> Extreem ondergewicht | <input type="checkbox"/> Vroegtijdige weeën |
| <input type="checkbox"/> Rug- en/of bekkenpijn | <input type="checkbox"/> Probleem baarmoedermond | <input type="checkbox"/> Gebroken vliezen |

Anders:
.....
.....
.....
.....

Gebruikt u medicijnen? ja / nee

Zo ja, waarvoor?.....

Heeft u wel eens operaties ondergaan? Omcirkel wat van toepassing is:
in buik / bekken / lage rug / bekkenbodem / anders namelijk.....
.....

soort operatie(s):

Heeft u tijdens de zwangerschap een vorm van zwangerschapsbegeleiding gedaan? ja / nee

Zo ja, welke?.....
.....

Heeft u na een eventuele eerdere bevalling een vorm van nagym gedaan? ja / nee

Zo ja, welke?.....

.....

Heeft u in de zwangerschap aan sport gedaan? ja / nee

Zo ja, welke?.....

.....

Welke sport zou u na volledig herstel van de bevalling (weer) willen uitoefenen?.....

.....

Waarom heeft u na de bevalling voor ZwangerFit gekozen en wat verwacht u ervan?.....

.....

.....

Heeft u overleg met uw begeleidend arts/verloskundige/gynaecoloog over uw deelname?

ja / nee

Eventuele reactie.....

Privéomstandigheden: Omcirkel wat van toepassing is

Gehuwd / samenwonend / thuiswonend / alleenstaand, anders

Zijn er verdere bijzonderheden over uw fysieke toestand of privéomstandigheden te melden die voor de ZwangerFit docent van belang kunnen zijn om te weten?.....

.....

Ik verklaar bovenstaande zo zorgvuldig mogelijk te hebben ingevuld en neem bewust deel aan de cursus ZwangerFit.

Naam:

Datum:

Handtekening: