

Naam: Mevr./mej.: \_\_\_\_\_ Pat. No: \_\_\_\_\_

Voornaam: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_ Geb. datum: \_\_\_\_\_

Woonplaats: \_\_\_\_\_ Telefoon: \_\_\_\_\_

Ongehuwd  Gehuwd

**MCB Vrelinghuis**  
**kliniek voor zwangerschapsafbreking**

Biltstraat 397-423  
3572 AV Utrecht  
tel: 030 - 233 35 42

**Naamstempel huisarts:**

telefoonnr: _____
-------------------

\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

Geachte Collega,

Hierbij verwijs ik u mijn patiënte Mevr./mej.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ voor een abortus arte provocatus.

L.M. _____ <input type="checkbox"/> Zeker <input type="checkbox"/> Onzeker	Zwangerschap vastgesteld <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, methode: _____	Aantal kinderen: _____ Miskraam: _____	Eerder ab. prov. Bekend <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, nl.: _____
--	---	---	--

**Vroegere ziekten: (aanstrepen s.v.p.; gaarne toelichting!)**

- |   |   |                                      |                                       |   |
|---|---|--------------------------------------|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Recente infecties  | <input type="checkbox"/> Abdom. operaties | <input type="checkbox"/> Epilepsie   | <input type="checkbox"/> CARA (astma) | <input type="checkbox"/> Diabetes             |
| <input type="checkbox"/> Fluor vaginalis    | <input type="checkbox"/> Gynaecol afw.    | <input type="checkbox"/> Debilitas   | <input type="checkbox"/> Hartziekten  | <input type="checkbox"/> Anaemie              |
| <input type="checkbox"/> Geslachtsziekten   | <input type="checkbox"/> Verlosk. afw.    | <input type="checkbox"/> Psychozen   | (o.a. ac.rh.)                         | <input type="checkbox"/> Geneesmidd. allergie |
| <input type="checkbox"/> Tuberculose        | <input type="checkbox"/> Bloedtransfusies | <input type="checkbox"/> Neurol afw. | <input type="checkbox"/> Nierziekten  |   |
| <input type="checkbox"/> Andere, nl.: _____ |   |                                      | <input type="checkbox"/> Hypertensie  |   |

**Indicatie:** \_\_\_\_\_

Bij minderjarigen: Ouders/voogd ingelicht?  Ja  Nee, want: \_\_\_\_\_

**Laboratorium**

urine red.: \_\_\_\_\_

Hb.: \_\_\_\_\_

Bloedgroep: \_\_\_\_\_ Rh. \_\_\_\_\_

Handtekening: