



Heeft u een van de volgende operaties ondergaan

- |                   |                          |     |                          |      |              |                          |     |                          |    |
|-------------------|--------------------------|-----|--------------------------|------|--------------|--------------------------|-----|--------------------------|----|
| * curettage       | <input type="checkbox"/> | nee | <input type="checkbox"/> | ja   | * blindedarm | <input type="checkbox"/> | nee | <input type="checkbox"/> | ja |
| * eierstok        | <input type="checkbox"/> | nee | <input type="checkbox"/> | ja   | * eileider   | <input type="checkbox"/> | nee | <input type="checkbox"/> | ja |
| * andere operatie | <input type="checkbox"/> | nee | <input type="checkbox"/> | ja : | .....        |                          |     |                          |    |

Gebruikt u medicijnen

- |              |                          |     |                          |      |                   |                          |     |                          |    |
|--------------|--------------------------|-----|--------------------------|------|-------------------|--------------------------|-----|--------------------------|----|
| * foliumzuur | <input type="checkbox"/> | nee | <input type="checkbox"/> | ja   | * bloedverdunners | <input type="checkbox"/> | nee | <input type="checkbox"/> | ja |
| * andere     | <input type="checkbox"/> | nee | <input type="checkbox"/> | ja : | .....             |                          |     |                          |    |

Bent u allergisch  nee  ja zo ja, waarvoor .....

- |                  |                          |     |                          |    |                        |       |
|------------------|--------------------------|-----|--------------------------|----|------------------------|-------|
| Rookt u          | <input type="checkbox"/> | nee | <input type="checkbox"/> | ja | zo ja, hoeveel per dag | ..... |
| Drinkt u alcohol | <input type="checkbox"/> | nee | <input type="checkbox"/> | ja | zo ja, hoeveel per dag | ..... |
| Gebruikt u drugs | <input type="checkbox"/> | nee | <input type="checkbox"/> | ja | zo ja, welke           | ..... |

Heeft u familieleden met ernstige aangeboren afwijkingen  nee  ja  
Zo ja, welke: .....



## OFO vragenlijst man

Naam: : ..... Tel werk : .....  
Geb datum : ..... e-mail : .....

Wat is uw lengte: ..... cm Wat is uw gewicht: ..... kg

Wat is uw beroep: .....

- |  |                          |     |                          |    |                     |  |
|--|--------------------------|-----|--------------------------|----|---------------------|--|
| Werkt u met schadelijke stoffen?                       | <input type="checkbox"/> | nee | <input type="checkbox"/> | ja |                     |  |
| Heeft u in een vorige relatie zwangerschappen verwekt? | <input type="checkbox"/> | nee | <input type="checkbox"/> | ja |                     |  |
| Bent u geopereerd aan of behandeld voor:               |                          |     |                          |    |                     |  |
| * de penis   | <input type="checkbox"/> | nee | <input type="checkbox"/> | ja | * de zaadballen     | <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja |
| * liesbreuk  | <input type="checkbox"/> | nee | <input type="checkbox"/> | ja | * verwonding        | <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja |
| * spatader   | <input type="checkbox"/> | nee | <input type="checkbox"/> | ja | * bof (na de jeugd) | <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja |
| * urineweg infecties                                   | <input type="checkbox"/> | nee | <input type="checkbox"/> | ja | * geslachtsziekte   | <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja |

Bevinden beide zaadballen zich in de balzak en zijn zij even groot?  nee  ja

Gebr. u medicijnen  nee  ja zo ja, welke .....

- |                  |                          |     |                          |    |                        |       |
|------------------|--------------------------|-----|--------------------------|----|------------------------|-------|
| Rookt u          | <input type="checkbox"/> | nee | <input type="checkbox"/> | ja | zo ja, hoeveel per dag | ..... |
| Drinkt u alcohol | <input type="checkbox"/> | nee | <input type="checkbox"/> | ja | zo ja, hoeveel per dag | ..... |
| Gebruikt u drugs | <input type="checkbox"/> | nee | <input type="checkbox"/> | ja | zo ja, welke           | ..... |

Bent u allergisch  nee  ja zo ja, waarvoor .....