

Monalisa Touch® vragenlijst

|                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                             |                                                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| naam & voornaam:                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                             |                                                                                                                     |
| geboortedatum:                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                             |                                                                                                                     |
| rijksregisternummer:                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                             |                                                                                                                     |
| adres:                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                             |                                                                                                                     |
| e-mailadres:                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                             |                                                                                                                     |
| tel. of gsm nr.:                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                             |                                                                                                                     |
| verwezen door dr.                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                             |                                                                                                                     |
| huidige leeftijd:                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | leeftijd menopauze:         |                                                                                                                     |
| deze menopauze:                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> trad op natuurlijke wijze op<br><input type="checkbox"/> trad op onnatuurlijke en premature wijze op<br><input type="radio"/> zonder verklaring<br><input type="radio"/> ingevolge een fragiel X syndroom<br><input type="radio"/> door de heelkundige wegname v/d eierstokken<br><input type="radio"/> ingevolge een chemotherapie<br><input type="radio"/> ingevolge een radiotherapie (bestraling bekken)<br><input type="radio"/> andere:            |                             |                                                                                                                     |
| uw klachten:                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> vaginale droogte<br><input type="checkbox"/> pijn bij het vrijen<br><input type="checkbox"/> door de pijn is vrijen vrijwel onmogelijk geworden voor ons<br><input type="checkbox"/> branderig, geïrriteerd gevoel vulvair, los van het vrijen<br><input type="checkbox"/> frequente drang om te gaan plassen, zonder volle blaas<br><input type="checkbox"/> lichte urine-incontinentie, bij lachen, niezen, persen<br><input type="checkbox"/> andere: |                             |                                                                                                                     |
| <p>onderstreep in bovenstaande lijst nog eens extra uw <b>hoofdklacht</b><br/>         en geef hier aan hoelang u hiervan reeds last ondervindt:</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                             |                                                                                                                     |
| is bij u ooit:                                                                                                                                       | lichen sclerosus et atrophicus vastgesteld?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> neen                                                                                       |
|                                                                                                                                                      | genitale herpes vastgesteld?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> neen                                                                                       |
| chirurgie:                                                                                                                                           | bent u ooit geopereerd aan de                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                             |                                                                                                                     |
|                                                                                                                                                      | - schaamlippen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> neen                                                                                       |
|                                                                                                                                                      | - vagina of schede                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> neen                                                                                       |
|                                                                                                                                                      | - cervix of baarmoederhals                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> neen                                                                                       |
| huidige medicatie:                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                             |                                                                                                                     |
| allergieën:                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                             |                                                                                                                     |
| uw laatste uitstrijkje:                                                                                                                              | dateert van                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | en was                      | <input type="checkbox"/> normaal <input type="checkbox"/> abnormaal<br><input type="checkbox"/> niet van toepassing |