



## Verwijsformulier

Naam cliënt: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_

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

Verwijzing voor:  Consult  
 Zwangerschapsafbreking

Datum 1<sup>e</sup> gesprek: \_\_\_\_\_

### De volgende informatie is alleen van belang bij zwangerschapsafbreking:

Eerste dag laatste menstruatie: \_\_\_\_\_

Datum zwangerschapstest: \_\_\_\_\_

Bloedgroep resusfactor:  positief  negatief  onbekend

### Relevante ziekten en medicatie / obstetrische voorgeschiedenis / bijzonderheden:

---

---

Indien plaatsing IUD/IUS gewenst is gaarne vooraf recept meegeven en laten ophalen bij de apotheek.

Stempel huisarts:

ik wil graag nieuwe verwijsformulieren ontvangen

Kijk voor meer informatie op  
[www.abortuskliniek-amsterdam.nl](http://www.abortuskliniek-amsterdam.nl)

Bel voor informatie en afspraken:  
**020 6932151**  
maandag t/m vrijdag tussen 9.00 en 16.30 uur