



1. U bent verwezen door?

- | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|---|
| ☐ huisarts | ☐ gynaecoloog | ☐ eigen initiatief |
| ☐ dermatoloog | ☐ seksuoloog | ☐ |

2. Wat is uw klacht?

- ☐ jeuk ter plaatse van de schaamlippen
- ☐ pijn ter plaatse van de schaamlippen
- ☐ branderigheid ter plaatse van de schaamlippen
- ☐ (overvloedige) vaginale afscheiding
- ☐ jeuk rond de anus
- ☐ kloofjes
- ☐ pijn bij seksueel contact
- ☐ branderigheid bij het plassen
- ☐ wratjes
- ☐ diarree
- ☐ aambeien
- ☐ obstipatie
- ☐ zwelling
- ☐

3. Wat is uw meest hinderlijke klacht?

- ☐ jeuk ter plaatse van de schaamlippen
- ☐ pijn ter plaatse van de schaamlippen
- ☐ branderigheid ter plaatse van de schaamlippen
- ☐ (overvloedige) vaginale afscheiding
- ☐ jeuk rond de anus
- ☐ kloofjes
- ☐ pijn bij seksueel contact
- ☐ branderigheid bij het plassen
- ☐ wratjes
- ☐ diarree
- ☐ aambeien
- ☐ obstipatie
- ☐ zwelling

4. Hoelang heeft u hier last van aantal..... dagen/weken/maanden/jaren

5. Indien uw klacht langer aanwezig is, maar u weet niet precies hoe lang:

- ☐ korter dan 1 jaar
- ☐ langer dan 1 jaar, maar korter dan 5 jaar
- ☐ langer dan 5 jaar, maar korter dan 10 jaar
- ☐ langer dan 10 jaar

6. Indien u jeuk ter plaatse van de schaamlippen en/of anus heeft, wanneer heeft u dan voornamelijk klachten

- ☐ vooral 's ochtends
- ☐ vooral 's middags
- ☐ vooral 's avonds

- ☐ de gehele dag
- ☐ niet van toepassing
- ☐

7. Indien u pijn heeft ter plaatse van de schaamlippen en/of de ingang van de vagina wanneer heeft u dan klachten?

- | | | |
|--------------------------------------|---|--|
| ☐ bij plassen | ☐ bij fietsen | ☐ bij inbrengen tampon |
| ☐ bij liggen | ☐ na seksueel contact | ☐ geen speciale oorzaak |
| ☐ bij zitten | ☐ tijdens seksueel contact | ☐ niet van toepassing |
| ☐ | | |

8. Hoe zou u deze pijn omschrijven?

- | | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|---|
| ☐ stekend | ☐ bonkend | ☐ branderig (als een schaafwond) |
| ☐ zeurend | ☐ kloppend | ☐ niet van toepassing |

9. Heeft u hierbij het gevoel dat de pijn uitstraalt?

- | | | |
|-----------------------------|------------------------------|------------------------------------|
| ☐ ja | ☐ nee | ☐ weet niet |
|-----------------------------|------------------------------|------------------------------------|

9a. Waar naar toe straalt de pijn uit?

- | | |
|---|--|
| ☐ naar anus | ☐ naar schaamheugel |
| ☐ binnenkant bovenbeen | ☐ |

10. Indien u pijn heeft bij seksueel contact, waar voelt u die pijn dan vooral?

- | | |
|---|--|
| ☐ in de vagina zelf | ☐ dieper in de buik |
| ☐ bij het binnenkomen van de penis (ingang vagina) | |
| ☐ niet van toepassing | ☐ |

11. Indien u last heeft van een (overvloedige afscheiding) waarvan heeft u dan met name hinder?

- ☐ ik heb erg veel afscheiding en moet inlegkruisjes gebruiken
- ☐ de afscheiding geeft hinder bij seks
- ☐ de afscheiding veroorzaakt irritatie en jeuk
- ☐ ik moet gebruik maken van vaginale spoelingen (irrigatie)
- ☐ de afscheiding stinkt
- ☐

12. Indien u last heeft van pijnlijkheid/branderigheid bij het plassen, waar voelt u dit met name?

- ☐ aan de buitenkant (vulva)
- ☐ aan de binnenkant (onderbuik)
- ☐ zowel aan de buiten- als binnenkant
- ☐ niet van toepassing

13. Heeft u regelmatig last van blaasontsteking?

- | | | |
|-----------------------------|------------------------------|------------------------------------|
| ☐ ja | ☐ nee | ☐ weet niet |
|-----------------------------|------------------------------|------------------------------------|

13a. Hoeveel keer in het afgelopen jaar?

.....

14. Heeft u last van ongewild urineverlies

☐ ja

☐ nee

☐ twijfelachtig

15. Hangen uw klachten samen met uw menstruatie cyclus?

☐ ja

☐ nee

☐ weet niet

15a. Op welk moment binnen uw cyclus

☐ klachten worden erger tijdens menstruatie

☐ klachten verminderen tijdens de menstruatie

☐ klachten verdwijnen tijdens de menstruatie

☐ klachten worden erger in de week voor de menstruatie

☐ klachten verminderen in de week voor de menstruatie

☐ klachten verdwijnen in de week voor de menstruatie

☐ ik heb geen menstruatie(s) meer

16. Bent u voor uw klachten door uw huisarts behandeld?

☐ ja

☐ nee

16a. Heeft u van uw huisarts medicatie gekregen

☐ ja

☐ nee

16b. Welke medicatie?

.....

17. Bent u voor uw klachten door uw dermatoloog behandeld?

☐ ja

☐ nee

17a. Heeft u van uw dermatoloog medicatie gekregen?

☐ ja

☐ nee

17b. Welke medicatie?

.....

18. Bent u voor uw klachten door uw gynaecoloog behandeld?

☐ ja

☐ nee

18a. Heeft u van uw gynaecoloog medicatie gekregen?

☐ ja

☐ nee

18b. Welke medicatie?

.....

19. Gebruikt u voorbehoedsmiddelen/anticonceptie?

- ☐ ik ben gesterilliseerd
- ☐ mijn partner is gesterilliseerd
- ☐ ja ☐ nee

19a. Welke voorbehoedsmiddelen gebruikt u zoal?

- ☐ de pil
- ☐ spiraaltje
- ☐ prikpil
- ☐ condoom
- ☐

20. Bent u zwanger geweest?

- ☐ ja ☐ nee

21. Bent u al door de overgang heen?

- ☐ ja ☐ nee

21a. Op welke leeftijd was u voor het laatst ongesteld?

22. Bent u bekend met huidziekten op andere plaatsen van het lichaam?

- ☐ ja ☐ nee ☐ weet niet

22a. Welke huidziekten?

23. Heeft u last van een regelmatig terugkerende vaginale schimmelinfectie (candida)?

- ☐ ja ☐ nee ☐ weet niet

23a. Hoe vaak in het afgelopen jaar?

24. Heeft u regelmatig optredende aanvallen van genitale herpes?

- ☐ ja ☐ nee ☐ weet niet

24a. Hoe vaak in het afgelopen jaar?

25. Kunt u aangeven welke van de onderstaande artikelen/producten u in het vulvovaginale gebied gebruikt?

- ☐ (normale) zeep
- ☐ lactacyd zeep
- ☐ inlegkruisjes
- ☐ tampons
- ☐ maandverband
- ☐ incontinentieverband
- ☐ vochtige toiletdoekjes

26. Gebruikt u momenteel medicatie?

- ☐ ja ☐ nee

26a. Welke medicatie?

27. Bent u allergisch voor geneesmiddelen?

☐ ja

☐ nee

27a. Welke geneesmiddelen?

.....

28. Bent u allergisch voor stoffen waarmee uw huid in contact komt, bijvoorbeeld parfum bestanddelen of metalen?

☐ ja

☐ nee

☐ weet niet

28a. Welke stoffen?

.....

29. Heeft u een of meerdere van de onderstaande aandoeningen?

☐ hooikoorts

☐ eczeem

☐ astmatische bronchitis

30. Rookt u?

☐ ja

☐ nee

31. Lengte (cm)

..... cm.

32. Gewicht

..... kg.