

## Verwijzing voor een zwangerschapsafbreking *Referral for Termination of Pregnancy*

**Naam patient** (Patient name)

\_\_\_\_\_

**Geboortedatum** (Date of birth)

\_\_\_\_\_

**Woonplaats** (City of residence)

\_\_\_\_\_

**Telefoonnummer** (Telephone number)

\_\_\_\_\_

### **Gegevens van de zwangerschaps** (Pregnancy details)

ELM (First day of last menstruation)

\_\_\_\_\_

Datum zwangerschapstest (Date of pregnancy test)

\_\_\_\_\_

Datum van de echo (Date of ultrasound)

\_\_\_\_\_

BPD (Biparietal diameter)

\_\_\_\_\_

FL (Femur length)

\_\_\_\_\_

### **Patiëntgegevens** (Patient data)

Lengte (Height)

\_\_\_\_\_

Gewicht (Weight)

\_\_\_\_\_

Bloedgroep incl. Rhesus factor (Blood type, Rhesus) \_\_\_\_\_  positive  negative  unknown

### **Relevante voorgeschiedenis, medicatie en bijzonderheden**

*Relevant medical history, medications and special circumstances*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **Verwijzend arts:** naam en contact gegevens

*Referring medical doctor: name and contact details*

\_\_\_\_\_

Datum / date

Handtekening en stempel arts

*Signature medical doctor*

Bel voor informatie en afspraken naar / for information and appointments, please call **+31 85 822 07 98**

*Locatie Amsterdam*  
Sarphatistraat 620  
1018 AV Amsterdam

*Locatie Haarlem / Heemstede*  
Herenweg 211  
2106 MJ Heemstede

*Web*  
abortioncare.nl  
info@abortioncare.nl