

Consultatieformulier FFS chirurgie

Datum: ____/____/____

Familienaam: _____ Voornaam: _____

Gekozen naam: _____

Geboortedatum: ____/____/____ Geslacht: man / vrouw / ander: _____

Adres: _____ Gemeente: _____

Postcode: _____ Land: _____

Telefoonnummer: _____

E-mailadres: _____

Transgender team: _____

Huisarts: _____

Psycholoog: _____

Beroep: _____

Alleenstaand / partner / getrouwd

Welke ingreep overweegt u? _____

Sinds wanneer overweegt u deze ingreep? _____

Sociaal:

- Wanneer beseft u dat u in transitie wilde? _____
- Bent u reeds begonnen met het verwijderen van uw gezichtshaar? JA/NEE sinds wanneer? _____
- Wanneer begon u vrouwelijke kleding te dragen? _____
- Wanneer begon u met hormoontherapie (oestrogenen, anti-test, ...)? _____
- Hebt u kinderen? JA/NEE
- Hebt u broers of zussen en zijn ze accepterend en behulpzaam? JA/NEE
- Accepteren en steunen uw ouders u? JA/NEE
- Woont u alleen of samen met partner / ouders / echtgeno(o)t(e)? _____
- Hebt u vrienden die u steunen? JA/NEE
- Welke sport beoefent u en hoeveel keer per week? _____
- Wat zijn uw hobby('s)? _____

Mogen we contact opnemen met uw huisarts? JA/NEE

Is uw huisarts behulpzaam? JA/NEE

Heeft uw uiterlijk uw sociale omgang met vrienden, uw familie of afspraakjes vaak belemmerd? JA/NEE

Heeft uw uiterlijk u problemen bezorgd op school of op het werk? JA/NEE

Zijn er dingen die u vermijdt vanwege uw uiterlijk? JA/NEE

Handtekening patient:

Vindt u het belangrijk wat andere mensen van u denken (op zoek naar geruststelling)? JA/NEE

Hoeveel uur per dag kijkt u in de spiegel? _____ Vermijdt u de spiegel? JA/NEE

Hebt u ooit een psycholoog, psychiater of transgenderteam geraadpleegd? JA/NEE

Bent u ooit depressief geweest of hebt u ooit antidepressiva gebruikt? JA/NEE

PASSABILITEIT

Leeft u op dit moment fulltime als vrouw? JA/NEE

Hoe vaak twijfelen mensen aan u als vrouw?

- Een paar keer per dag/Ongeveer 1 keer per dag/Ongeveer 3 à 6 keer per week/Ongeveer 1 tot 2 keer per week
- Een paar keer per maand/Ongeveer 1 keer per maand
- Nooit

Hoe schat u zelf uw passabiliteit momenteel in?

- Zeer slecht/slecht/eerder slecht/tamelijk goed/goed/zeer goed

Hoeveel make-up hebt u nodig om als vrouw door te kunnen gaan?

- Geen/ Licht/medium/zware make-up

Wat is volgens u de belangrijkste reden dat mensen aan u twijfelen?

- Uw gezicht
- Uw stem
- Uw lichaam

Rookt u? JA/NEE (_____ sigaretten per dag/gestopt sinds _____/_____/_____)

Drinkt u alcohol? JA/NEE Hoeveel glazen per week? _____

Krijgt u gemakkelijk blauwe plekken? JA/NEE

Allergie (penicilline, latex, andere,...): _____

Medicatie (hormoontherapie, inhalatoren, nicotinepleisters of kauwgom, drugs, cocaïne, homeopathie, vitamine C of E, Ginseng, Gingko Biloba,): _____

Familiegeschiedenis met betrekking tot: borstkanker, bloedstolsels, bloedingen, hartaandoeningen, iets anders?

Hebt u last van één van de volgende aandoeningen?

Hartaandoening, bloeddruk, diabetes type I / II , bloedarmoede, sikkcelziekte, astma, embolie, nieraandoening, huidaandoening (acne,), bloedstolsels in benen/longen/ergens anders, zoster, gewichtsverlies, bloedverlies in ontlasting/urine, schildklieraandoening, infectie (sinusitis, blaas, hepatitis, HIV, herpes, koortslip, tand, keel), gewichtsverlies, oogaandoening (glaucoom, droge ogen, lui oog), hersenaandoening (hoofdpijn, depressie, epilepsie), gewricht/rug/nek (pijn, artritis), tandbederf, pijn in de borst/armen/benen, aangezichtspijn, kortademig, ... JA/NEE _____

Geschatte datum van uw laatste oogcontrole: _____ Normale oogdruk? JA/NEE

Geschatte datum van uw laatste gebitscontrole: _____ Datum van uw laatste bloedcontrole: _____

Kronen, implantaten, wortelkanaalbehandeling, wijsheidstanden laten verwijderen? JA / NEE _____

Hebt u al een consultatie bij een andere kliniek of chirurg gehad met betrekking tot deze procedure? JA/NEE

Eerdere chirurgische/cosmetische ingrepen (vermeld eventuele problemen met de plaatselijke/algemene verdoving en alle cosmetische ingrepen)? _____

De beperkingen, complicaties en alternatieven van de procedures worden steeds besproken tijdens de consultatie.

Voor de meeste ingrepen raden we een (gratis) tweede consult aan.

We moedigen patiënten aan om hun intenties te bespreken met hun huisarts, naaste familie en psycholoog.

Handtekening patient: