



Nederlandse
Moedermelkbank

Vragenlijst Donoren – COVID-19

Donornummer:

Geachte mevrouw,

Wij vragen u vriendelijk onderstaande vragenlijst in te vullen.

Tussendoor kunt u de vragenlijst opslaan en op een later moment dat het u uitkomt doorgaan met invullen. Indien u vragen heeft over deze vragenlijst kunt u contact opnemen met de arts-onderzoekers van de Nederlandse Moedermelkbank, telefonisch via 020-..... of via mail naar

Alvast hartelijk dank voor het invullen!

Algemene informatie:

1. Wat is uw leeftijd: _____ jaar
2. Uw geboorteland: _____
3. Geboorteland van uw vader: _____
4. Geboorteland van uw moeder: _____
5. Wat is uw lengte? _____
6. Wat is uw huidige gewicht? _____ (BMI automatisch berekend)
7. Wat was uw gewicht voor de zwangerschap? _____ (BMI automatisch berekend)
8. Wat was uw gewicht tijdens de zwangerschap? (de bij u laatst bekend gegeven) _____ (BMI automatisch berekend)

Werk-thuis situatie:

9. Wat is de grootte van uw huishouden (inclusief uzelf): ____ personen
10. Wat is uw hoogst genoten afgeronde opleiding
 - o Basisonderwijs
 - o LBO/VBO/VMBO
 - o MAVO
 - o MBO
 - o HAVO
 - o VWO
 - o HBO/WO bachelor of kandidaats
 - o WO-doctoraal of master
 - o WO-gepromoveerd
 - o Anders, namelijk: _____
11. Wat was uw werksituatie voor uw zwangerschapsverlof:
 - o Zelfstandig ondernemer

- Dienstverband bij 1 werkgever
- Dienstverband bij meerdere werkgevers
- Geen dienstverband
- Anders, namelijk: _____

12. Wat was het aantal uren dat u werkte voor uw zwangerschapsverlof per week:
_____uur

Woonomgeving

13. Hoe zou u uw huidige leefomgeving willen omschrijven?

- Platteland
- Dorp
- Stad

14. Wat is het aantal inwoners van uw huidige woonplaats? _____ Inwoners.

15. Hoe zou u de leefomgeving tijdens het grootste deel van uw jeugd (tot 18 jaar) willen omschrijven?

- Platteland
- Dorp
- Stad

16. Wat is het aantal inwoners van de woonplaats waar u het grootste deel van uw jeugd hebt gewoond? _____ Inwoners.

Uw gezondheid en leefgewoonten

17. Wat vindt u, over het algemeen genomen, van uw gezondheid?

- Uitstekend
- Zeer goed
- Normaal
- Matig
- Slecht

18. Is er bij u sprake van een chronische ziekte?

- Nee
- Ja, namelijk: _____

19. Gebruikt u medicijnen, inclusief anticonceptie pil, zalven en cremes?

Nee

Ja, namelijk (één of meerdere antwoorden mogelijk)

Medicijn 1: _____ in de volgende dosering: _____. Hoe lang gebruikt u dit medicijn al? _____

Medicijn 2: _____ in de volgende dosering: _____. Hoe lang gebruikt u dit medicijn al? _____

Medicijn 3: _____ in de volgende dosering: _____. Hoe lang gebruikt u dit medicijn al? _____

Medicijn 4: _____ in de volgende dosering: _____. Hoe lang gebruikt u dit medicijn al? _____

Medicijn 5: _____ in de volgende dosering: _____. Hoe lang gebruikt u dit medicijn al? _____

20. Heeft u in het verleden een ziekte of aandoening gehad?

Nee

Ja, namelijk _____ . Heeft u hiervoor behandeling gehad? Zo ja; welke behandeling? _____

21. Heeft u nu of in het verleden een psychische aandoening of ziekte gehad?

Nee

Ja, welke ziekte/aandoening is dit? _____. Wanneer had u hier mee te maken? _____. Wordt/bent u hiervoor behandeld? Ja/nee. Zo ja; hoe wordt/bent u hiervoor behandeld? _____

22. Gebruikt u (voedings)supplementen, zoals bijvoorbeeld (multi)vitaminen en viscapsules?

Nee

Ja, namelijk _____ in de volgende dosering: _____

23. Heeft u een allergie?

Nee

Ja, namelijk _____ .

Zo ja, heeft u medicatie voor uw allergie?

Nee

Ja, namelijk _____

24. Ben u (als kind) gevaccineerd volgens het Rijksvaccinatieprogramma?

Nee

Ja

25. Bent u rond de 22 weken zwangerschap gevaccineerd tegen kinkhoest?

- Nee
- Ja

26. Heeft u nog andere vaccinaties gehad, bijvoorbeeld in het kader van vakantie?

- Nee
- Ja, namelijk _____ Jaar van vaccinatie:
(meerdere opties mogelijk)

27. Rookt u?

- Nee
- Ja, namelijk _____ sigaretten per dag.

28. Rookte u voor de zwangerschap?

- Nee
- Ja, namelijk _____ sigaretten per dag

29. Rookte u tijdens de zwangerschap?

- Nee
- Ja, namelijk _____ sigaretten per dag gedurende eerste trimester* / tweede trimester* / derde trimester* van de zwangerschap.
** doorstrepen wat niet van toepassing is.*

30. Drinkt u alcohol?

- Nee
- Ja, namelijk _____ eenheden per week

31. Dronk u alcohol tijdens uw zwangerschap?

- Nee
- Ja, namelijk _____ eenheden per week gedurende eerste trimester* / tweede trimester* / derde trimester* van de zwangerschap.
** doorstrepen wat niet van toepassing is.*

32. Gebruikt u drugs?

- Nee
- Ja, namelijk _____ per dag

33. Gebruikte u drugs voor de zwangerschap?

- Nee
- Ja, namelijk _____ (soort drugs), _____ keer per week

34. Gebruikte u drugs tijdens uw zwangerschap?

- Nee
- Ja, namelijk _____ (soort drugs), _____ keer per week gedurende eerste trimester* / tweede trimester* / derde trimester* van de zwangerschap.

* *doorstrepen wat niet van toepassing is.*

COVID-19 symptomen

35. Hieronder kunt u invullen welke klachten u van het coronavirus heeft gehad. Daarnaast is het fijn als u de datum van de start van de klachten en het stoppen van de klachten kunt invullen indien u klachten heeft gehad. De ernst en duur van de klachten zijn mogelijk relevant bij het aanmaken van de antistoffen tegen COVID-19. U kunt de datum als volgt invullen: dag-maand-2020. Indien u klachten heeft gehad van 2 tot 8 april vult u het als volgt in: 02-04-2020 tot 08-04-2020. Als u het niet meer precies weet gaat het om een benadering. Als u geen klachten heb gehad passend bij het coronavirus, kunt u doorgaan naar vraag 32.

Klacht	Indien gehad, vink hokje aan	Datum start klachten	Datum stop klachten
Koorts (>37.5grC)	<input type="checkbox"/>		
Verkouden	<input type="checkbox"/>		
Hoesten	<input type="checkbox"/>		
Keelpijn	<input type="checkbox"/>		
Snel ademen	<input type="checkbox"/>		
Benauwdheid	<input type="checkbox"/>		
Darmkrampen	<input type="checkbox"/>		
Misselijkheid	<input type="checkbox"/>		
Braken	<input type="checkbox"/>		
Diarree	<input type="checkbox"/>		
Hoofdpijn	<input type="checkbox"/>		
Lichtschuwheid	<input type="checkbox"/>		
Verdwenen geur	<input type="checkbox"/>		
Verdwenen smaak	<input type="checkbox"/>		

Vermoeidheid	<input type="checkbox"/>		
Verminderde eetlust	<input type="checkbox"/>		
Opname ziekenhuis	<input type="checkbox"/>		
Ademhalingsondersteuning tijdens ziekenhuis opname	<input type="checkbox"/>		
Bewezen coronainfectie	<input type="checkbox"/>		

Gegevens over uw zwangerschap

36. Hoeveelste zwangerschap was dit voor u? _____

37. Bent u via de natuurlijke weg zwanger geworden?

Ja

Nee, op welke manier bent u zwanger geworden? (bijv. IUI, IVF): _____

38. Was u zwanger van een meerling?

Ja, van een _____

Nee

39. Heeft u tijdens de zwangerschap een zwangerschapsgerelateerde ziekte gehad zoals zwangerschapssuikerziekte, zwangerschapshypertensie of zwangerschapscholestase?

Nee

Ja; namelijk _____

40. Was uw tijdens uw zwangerschap onder controle bij een verloskundige of in het ziekenhuis?

Bij een verloskundige

In het ziekenhuis. Wat was de reden dat u onder controle was in het ziekenhuis? _____

41. Bent u thuis of in het ziekenhuis bevallen? _____

42. Moest u na de bevalling langer in het ziekenhuis blijven vanwege uw eigen gezondheid of de gezondheid van uw kindje?

Nee

Ja. Wat was de reden dat u langer in het ziekenhuis moest blijven? _____

Gegevens van uw kind

43. Wat is de geboortedatum van uw kind?

|_|_| - |_|_| - |_|_|_|_| (dd-mm-jjjj)

44. Bij hoeveel weken+dagen zwangerschap is uw kind geboren?

_____ weken en _____ dag(en)

45. Hoe bent u bevallen?

- Vaginaal
- Keizersnede
- Kunstverlossing (vacuümextractie, forceps)

46. Hoe zwaar was uw kindje bij de geboorte? _____ gram

47. Is uw kindje een jongen of een meisje?

- Jongen
- Meisje
- Onbekend

48. Is dit uw eerste kindje?

- Ja
- Nee, hoeveelste kindje is dit voor u? _____ kind.

49. Heeft uw kindje een aangeboren aandoening?

- Nee
- Ja, om welke aandoening gaat het? _____

50. Wat voor voeding krijgt uw kind op dit moment?

- Moedermelk
- Mix van moedermelk en kunstvoeding
- Anders, namelijk _____

51. Heeft uw kind een allergie?

- Nee. Ga door naar vraag 17.
- Ja, namelijk: _____

51a. Krijgt uw kind medicatie in verband met de allergie?

- Nee

Ja, namelijk _____

51b. Krijgt uw kind speciale dieetvoeding in verband met de allergie?

Nee

Ja, namelijk _____

52. Krijgt uw kind supplementen anders dan vitamines? Denk hier bijvoorbeeld ook aan pre- of probiotica.

Nee

Ja, namelijk _____

53. Is uw kindje na de geboorte ziek geweest? Denk bijvoorbeeld aan luchtweg klachten, verkoudheid, koorts, etc?

Nee

Ja, namelijk: _____. Datum van ziek zijn: _____

Beweging

Neem in uw gedachten een normale week in de afgelopen maanden. Wilt u aangeven hoeveel dagen per week u deze activiteiten verrichtte en hoeveel tijd u daar gemiddeld op zo'n dag mee bezig was? (Als u een activiteit niet heeft verricht, vul dan een 0 in)

54. Woon/werk verkeer (heen en terug):

Lopen van/naar werk: aantal dagen per week: _____ Gemiddelde tijd per dag: _____

Fietsen van/naar werk: aantal dagen per week: _____ Gemiddelde tijd per dag: _____

55. Lichamelijke activiteit op werk:

Licht en matig inspannend werk (zittend/staand werk, met af en toe lopen, zoals bureauwerk of lopend werk met lichte lasten): aantal dagen per week: _____ Gemiddelde tijd per dag: _____

Zwaar inspannend werk (lopend werk of werk waarbij regelmatig zware dingen moeten worden opgetild): aantal dagen per week: _____ Gemiddelde tijd per dag: _____

56. Huishoudelijke activiteiten:

Licht en matig inspannend huishoudelijk werk (staand werk, zoals koken, afwassen, strijken, kind eten geven/in bad doen en lopend werk, zoals stofzuigen,

boodschappen doen): aantal dagen per week: _____ Gemiddelde tijd per dag: _

Zwaar inspannend huishoudelijk werk (vloer schrobben, tapijt uitkloppen, met zware boodschappen lopen): aantal dagen per week: _____ Gemiddelde tijd per dag: _____

57. Vrije tijd:

Wandelen: aantal dagen per week: _____ Gemiddelde tijd per dag: _____

Fietsen: aantal dagen per week: _____ Gemiddelde tijd per dag: _____

Tuinieren: aantal dagen per week: _____ Gemiddelde tijd per dag: _____

Klussen/doe-het-zelven: aantal dagen per week: _____ Gemiddelde tijd per dag: _____

58. Welke sport(en) beoefent u? (bijvoorbeeld fitness/conditietraining, tennis, hardlopen, voetbal).

Maximaal 4 sporten opschrijven: (als u niet aan sport doet, laat u de vraag leeg)

1e sport: _____

2e sport: _____

3e sport: _____

4e sport: _____

Voor elke sport (laat leeg indien niet van toepassing):

Hoeveel dagen per week doet u aan sport 1? _____

Hoeveel tijd bent u gemiddeld op zo'n dag met sport 1 bezig? _____

Hoeveel weken per jaar doet u aan sport 1? _____

Hoeveel dagen per week doet u aan sport 2? _____

Hoeveel tijd bent u gemiddeld op zo'n dag met sport 2 bezig? _____

Hoeveel weken per jaar doet u aan sport 2? _____

Hoeveel dagen per week doet u aan sport 3? _____

Hoeveel tijd bent u gemiddeld op zo'n dag met sport 3 bezig? _____

- Hoeveel weken per jaar doet u aan sport 3? _____
- Hoeveel dagen per week doet u aan sport 4? _____
- Hoeveel tijd bent u gemiddeld op zo'n dag met sport 4 bezig? _____
- Hoeveel weken per jaar doet u aan sport 4? _____

59. Bent u lid van een sportvereniging of heeft u een abonnement op een fitnesscentrum, zwembad of een andere sportaanbieder? Meerdere antwoorden mogelijk.

- Lid van een sportvereniging
- Abonnement op fitnesscentrum, zwembad of andere sportaanbieder
- Geen van beide

Stress ervaring sinds COVID 19

De volgende vragen gaan over hoe u zich de afgelopen tijd heeft gevoeld. Wij vragen u het hokje aan te vinken dat het meeste overeenkomt met uw gevoel. Denk niet te lang na over uw antwoord, het eerste dat in u opkomt is meestal het juiste.

56. Hoe vaak bent u overstuur geweest door iets dat onverwachts gebeurde sinds maart 2020?

- nooit bijna nooit soms regelmatig heel vaak

57. Hoe vaak heeft u sindsdien het gevoel gehad dat u niet in staat was de belangrijke dingen in uw leven onder controle te houden?

- nooit bijna nooit soms regelmatig heel vaak

58. Hoe vaak heeft u zich zenuwachtig en gestrest gevoeld sinds maart 2020?

- nooit bijna nooit soms regelmatig heel vaak

59. Hoe vaak was u in staat succesvol om te gaan met alledaagse problemen en irritaties sinds maart 2020?

- nooit bijna nooit soms regelmatig heel vaak

60. Hoe vaak heeft u het gevoel gehad dat u op de juiste wijze omging met belangrijke veranderingen die zich voordeden sinds maart 2020?

nooit bijna nooit soms regelmatig heel vaak

61. Hoe vaak heeft u een zelfverzekerd gevoel gehad over uw vermogen om persoonlijke problemen aan te pakken sinds maart 2020?

nooit bijna nooit soms regelmatig heel vaak

62. Hoe vaak heeft u het gevoel gehad dat de dingen u meezaten sinds maart 2020?

nooit bijna nooit soms regelmatig heel vaak

63. Hoe vaak heeft u het gevoel gehad dat u het hoofd niet kon bieden aan de dingen die u moest doen sinds maart 2020?

nooit bijna nooit soms regelmatig heel vaak

64. Hoe vaak bent u in staat geweest om irritaties in uw leven onder controle te houden sinds maart 2020?

nooit bijna nooit soms regelmatig heel vaak

65. Hoe vaak heeft u het gevoel gehad dat u de dingen onder controle had sinds maart 2020?

nooit bijna nooit soms regelmatig heel vaak

66. Hoe vaak heeft u zich boos gemaakt om dingen waar u zelf niets aan kon doen sinds maart 2020?

nooit bijna nooit soms regelmatig heel vaak

67. Hoe vaak heeft u gemerkt dat u aan het denken was over dingen die u nog moest gaan doen sinds maart 2020?

nooit bijna nooit soms regelmatig heel vaak

68. Hoe vaak bent u in staat geweest om de manier waarop u uw tijd besteedde onder controle te hebben sinds maart 2020?

nooit bijna nooit soms regelmatig heel vaak

69. Hoe vaak heeft u het gevoel gehad dat moeilijkheden zich zo hoog opstapelden dat u ze niet te boven kon komen sinds maart 2020?

nooit bijna nooit soms regelmatig heel vaak

Tot slot willen wij u graag nog 6 vragen stellen over meegemaakte stressvolle ervaringen in het verleden.

70. Heeft u ooit een ernstig ongeluk gezien of gehad (bijvoorbeeld een auto-ongeluk of een ongeluk op het werk)?

- Ja
- Nee

Indien ja:

a. Hoe oud was u toen dit gebeurde? **Leeftijd:** _____

b. Dacht u toen dat **u of iemand anders** gevaar liep **dood** te gaan of ernstig **gewond** te raken?

- Ja
- Nee

c. Voelde u zich toen **intens** hulpeloos, angstig of vol van afschuw?

- Ja
- Nee

d. In hoeverre heeft dit u het afgelopen jaar beïnvloed?

1 2 3 4 5
NIET ENIGSZINS HEEL ERG

71. Bent u ooit emotioneel of lichamelijk verwaarloosd of genegeerd (bijvoorbeeld vernederd of herhaaldelijk verteld dat u niet deugde, geen eten gekregen, of niet voldoende gekleed toen u jong was)?

- Ja
- Nee

Indien ja:

a. Hoe oud was u toen dit gebeurde? **Leeftijd:** _____

En toen het voorbij was? **Leeftijd:** _____

b. Dacht u toen dat **u of iemand anders** gevaar liep **dood** te gaan of ernstig **gewond** te raken?

- Ja
- Nee

c. Voelde u zich toen **intens** hulpeloos, angstig of vol van afschuw?

- Ja
- Nee

d. In hoeverre heeft dit u het afgelopen jaar beïnvloed?

1 2 3 4 5
NIET ENIGSZINS HEEL ERG

72. Is iemand uit uw nabije omgeving ooit (onverwacht) overleden?

- Ja
- Nee

Indien ja:

a. Hoe oud was u toen dit gebeurde? **Leeftijd:** _____

b. In hoeverre heeft dit u het afgelopen jaar beïnvloed?

1 2 3 4 5
NIET ENIGSZINS HEEL ERG

73. Zijn uw ouders ooit uit elkaar gegaan of gescheiden toen u nog bij hen woonde of bent u zelf ooit gescheiden van uw partner?

- Ja
- Nee

Indien ja: ouders/u zelf (streep door wat niet van toepassing is)

a. Hoe oud was u toen dit gebeurde? **Leeftijd:** _____

b. En toen het voorbij was? **Leeftijd:** _____

c. In hoeverre heeft dit u het afgelopen jaar beïnvloed?

1 2 3 4 5
NIET ENIGSZINS HEEL ERG

74. Heeft u ooit de verantwoordelijkheid gehad voor iemand in uw omgeving (NIET uw kind) die een ernstige lichamelijke aandoening of geestelijk handicap had (bijvoorbeeld kanker, hersenbloeding, AIDS, psychiatrische aandoening, doofheid, blindheid)?

- Ja
- Nee

Indien ja:

a. Hoe oud was u toen dit gebeurde? **Leeftijd:** _____

b. En toen het voorbij was? **Leeftijd:** _____

c. In hoeverre heeft dit u het afgelopen jaar beïnvloed?

1 2 3 4 5
NIET ENIGSZINS HEEL ERG

75. Zijn er gebeurtenissen die we niet gevraagd hebben en die u nog wilt noemen?

- Ja
- Nee

Indien ja: _____

a. Hoe oud was u toen dit gebeurde? **Leeftijd:** _____

En toen het voorbij was? **Leeftijd:** _____

b. Dacht u toen dat **u of iemand anders** gevaar liep **dood** te gaan of ernstig **gewond** te raken?

- Ja
- Nee

c. Voelde u zich toen **intens** hulpeloos, angstig of vol van afschuw?

- Ja
- Nee

d. In hoeverre heeft dit u het afgelopen jaar beïnvloed?

1 2 3 4 5
NIET ENIGSZINS HEEL ERG

Voedingspatroon kind / kolfpatroon

76a. Hoe vaak kolft u / voedt u uw kind aan de borst gemiddeld per 24 uur?

- 3 keer of minder
- 4 keer
- 5 keer
- 6 keer
- 7 keer
- 8 keer
- 9 keer of meer

76b. Vul hieronder het aantal voedingen (aan de borst) / kolfbeurten in, gemiddeld per 24 uur:

Voedingsvragenlijst

Algemeen

77. Volgt u een dieet?

Nee

Ja → **Wat voor soort dieet volgt u?**

Koemelk-eiwit-vrij

Kippenei-eiwit-vrij

Glutenvrij

Andere allergie/overgevoeligheid, namelijk.....

Ander dieet, namelijk.....

78. Volgt u een bepaalde leefregel met de voeding (zoals een vegetarische voeding) of eet uw kind volgens religieuze voorschriften?

Nee

Ja → **Wat voor soort leefregel volgt uw kind?**

Vegetarisch: minder dan 1x keer per week vlees

Veganistisch: helemaal geen dierlijke producten

Flexitarisch: 3-4x per week vlees

Macrobiotisch

Antroposofisch

Volgens Islamitische voorschriften

Volgens Joodse voorschriften

Anders, namelijk.....

79. Eet of drinkt u regelmatig biologische en/of biologisch- dynamische producten?

Nee

Ja → **Welke biologische en/of biologisch-dynamische producten?**
(meerder antwoorden zijn mogelijk)

Melk, yoghurt, andere melkproducten

Kaas

Vlees

Aardappelen

Vlees vervangende producten

Groenten

Granen, muesli, rijst

Fruit

Koek en gebak

Vruchtensappen

Snoep

Brood

Hartige tussendoortjes

Visconsumptie

80a. Hoe vaak at u in de afgelopen 4 weken vis? (denk hierbij ook aan sushi)

- | | Hoeveel eet u op zo'n dag? |
|--|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Eet ik niet | |
| <input type="checkbox"/> Minder dan 1 per dag per week | → gram* |
| <input type="checkbox"/> 1 dag per week | → gram* |
| <input type="checkbox"/> 2-3 dagen per week | → gram* |
| <input type="checkbox"/> 4-5 dagen per week | → gram* |
| <input type="checkbox"/> 6-7 dagen per week | → gram* |

*1 visstick = 25 gram

1 stukje kibbeling = 15 gram

1 lekkerbek = 145 gram

1 haring = 75 gram

1 eetlepel vis = 20 gram

80b. Welke soort(en) vis at u in de afgelopen 4 weken meestal? (denk hierbij ook aan sushi)

- Eet ik niet
- Vissticks
- Lekkerbekje of kibbeling
- Zalm of sardines
- Forel
- Kabeljauw, schol, schelvis, koolvis of tong
- Haring
- Kreeft, garnalen, gamba's, scampi, krab, rivierkreeftjes, mosselen, oesters, coquilles (skin-jakobsschelpen) en kokkels (schaal- en schelpdieren)
- Tonijn, zwaardvis, snoek(baars), haai, (konings)makreel, paling (roofvissen)
- Paling
- Andere vis, namelijk.....

Gebruik prebiotica en probiotica

81a. Hoe vaak heeft u prebiotica, verrijkte voedingsmiddelen en/of supplementen met prebiotica gebruikt in de afgelopen 4 weken?

- Gebruik ik niet
- Minder dan 1 per dag per week
- 1 dag per week
- 2-3 dagen per week
- 4-5 dagen per week
- 6-7 dagen per week

81b. Wat is de merknaam/merknamen van de door u gebruikte prebiotica, verrijkte voedingsmiddelen of supplementen met prebiotica?

82a. Hoe vaak heeft u probiotica verrijkte voedingsmiddelen en/of supplementen met probiotica gebruikt in de afgelopen 4 weken*?

- Gebruik ik niet
- Minder dan 1 per dag per week
- 1 dag per week
- 2-3 dagen per week
- 4-5 dagen per week
- 6-7 dagen per week

*denk aan gefermenteerde drankjes, yoghurtdrink of voedingssupplement (capsules of sachets).

82b. Wat is de merknaam/merknamen van de door u gebruikte probiotica, verrijkte voedingsmiddelen of supplementen met probiotica?

83. Was uw voedingspatroon in de afgelopen 4 weken anders dan normaal?

- Nee
- Ja → Vul hieronder in wat er anders was?

Hartelijk bedankt voor het invullen van de vragenlijst!



**Nederlandse
Moedermelkbank**