

Datum: _____ Datum eerste afspraak: _____

Vul deze vragenlijst alstublieft zo precies mogelijk in en neem deze mee naar uw eerste afspraak. Tijdens dit intakegesprek neem ik samen met u de gegevens door. Deze gegevens vallen onder het beroepsgeheim. Uw (huis)arts geef ik alleen informatie als u mij hiervoor toestemming heeft gegeven.

Geeft u toestemming voor evt. rapportage aan de (huis)arts? ja nee**Persoonlijke gegevens** jongen meisje anders Geboortedatum: _____

Voornaam kind: _____ Achternaam: _____

Uw voornaam: _____ Achternaam: _____

De hoeveelste is het kind in uw gezin? oudste jongste middelste enig kind anders: ____

Adres: _____

Postcode en plaats: _____

Telefoon: _____ Mobiel nummer: _____

E-mail: _____ BSN-nummer: _____

Zorgverzekeraar: _____ Nummer: _____

Medische gegevens

Naam huisarts: _____

Adres: _____

Postcode en plaats: _____

Telefoonnummer: _____ E-mail: _____

Naam specialist: _____

Adres: _____

Postcode en plaats: _____

Telefoonnummer: _____ E-mail: _____

Welke medicijnen gebruikt uw kind?: _____

Draagt uw kind een bril? Zo ja, waarom? verziend bijziend anders, nl. _____

Heeft uw kind een allergie? Zo ja, welke? _____

Zijn er aandoeningen in uw familie bekend (bijv. problemen met wervelkolom, geboortefwijkingen, migraine, scoliose, etc)? Zo ja, welke? _____

Wat is van toepassing op uw kind?

Hoofd, keel, neus en oren

- Hoofdpijn nooit soms vaak
- Verkouden nooit soms vaak
- Snotneus nooit soms vaak
- Oorpijn nooit soms vaak
- Trekt zichzelf aan haartjes nooit soms vaak
- Houdt mondje open nooit soms vaak
- Kwijlt nooit soms vaak
- Melkgebit al compleet? ja nee aan het wisselen
- Tanden krijgen gaat normaal gaat moeilijk

Stoelgang

- Plassen normaal veel weinig
- Ontlasting regelmatig onregelmatig
- Hoe vaak ontlasting? ___ keer per dag week
- Hoe is de ontlasting? vast zacht brij waterig
 lichtbruin donkerbruin geelbruin zwart
- Diarree nooit soms vaak
- Obstipatie nooit soms vaak
- Windjes nooit soms vaak
- Darmkrampjes nooit soms vaak
- Borrelende buik nooit soms vaak
- Boertjes laten nooit soms vaak
- Is uw kind zindelijk? ja, op ___-jarige leeftijd nee

Spielen en gewrichten

- Erg gespannen spiertjes ja nee
- Erg slappe spiertjes ja nee
- Gevoelig nekje ja nee
- Overstrekt zich ja nee

Huid en haar

- Eczeem of uitslag nooit soms vaak
- Wratten nooit soms vaak
- Droge huid nooit soms vaak
- Jeuk nooit soms vaak

Gedrag

- Huilbaby nooit soms vaak
- Jantje licht, Jantje huilt nooit soms vaak
- Snel boos nooit soms vaak
- Moederskindje nooit soms vaak
- Schrikkerig nooit soms vaak
- Rusteloos, druk nooit soms vaak
- Traag, lui nooit soms vaak
- Snel moe nooit soms vaak
- Bang om alleen te zijn nooit soms vaak
- Is erg bang voor... _____

- Aangehaald worden vindt prettig vindt niet prettig
- Slechte concentratie nooit soms vaak

Ontwikkeling, groei

- Hoe groeit uw kind? normaal is te klein is groot
- Leren staan normaal traag snel
- Kruipen normaal traag snel nooit gekropen
- Leren lopen normaal traag snel
- Leren praten normaal traag snel
- Scheef hoofd, lijf, arm of been ja nee
- Baby kijkt naar 1 kant ja, rechts/links nee
- Baby draait 1 kant op ja, rechts/links nee
- Gezicht is aan 1 kant kleiner ja, rechts/links nee
- Plat achterhoofd aan 1 kant ja, rechts/links nee
- Kale plek op het hoofd ja, rechts/links nee
- Links- of rechtshandig? links rechts weet nog niet

Sociaal, op school

- Maakt makkelijk vriendjes ja nee
- Speelt graag alleen ja nee
- Omgaan met ouderlijk gezag goed moeilijk
- Gaat het goed op school? ja nee, want: _____
- _____

De klacht waarvoor u komt

Wat is de belangrijkste klacht?: _____

Hoe geeft uw kind dit aan? _____

Wanneer en hoe is dit begonnen? _____

Is uw kind al eens eerder behandeld voor de klacht? Zo ja, waar (bijv. fysiotherapeut, specialist of alternatief genezer)? Wat was het resultaat? _____

Zit er een regelmaat of patroon in de klacht? Zo ja, wat gebeurt er? _____

Waardoor wordt de klacht minder? warmte kou rust eten beweging anders, nl: __Waardoor wordt de klacht erger? warmte kou stress eten beweging anders, nl: __

Vertoont uw kind nog andere klachten? Zo ja, welke zijn dat? _____

Zwangerschap en bevalling

Is de zwangerschap van uw kind goed verlopen? Zo nee, wat ging er niet goed? En wanneer? _____

De hoeveelste zwangerschap was dit voor u? De ___e. Hoe oud was u bij de geboorte? ___ jaar.

Hoe lang duurde de zwangerschap? ___ weken. En de bevalling? ___ uur

Heeft u medicijnen geslikt tijdens uw zwangerschap? Zo ja, welke? En wanneer? _____

Hoe was de ligging van uw kind? normaal stuitligging dwarsligging navelstreng om de nekHoe verliep de bevalling? natuurlijk keizersnee tangverlossing vacuümpompHoe verliepen evt. andere bevallingen? natuurlijk keizersnee tangverlossing vacuümpompHeeft u verdoving/ruggenprik gehad bij de bevalling? ja nee

Heeft uw kind letsel opgelopen bij de bevalling? Zo ja, welk? _____

Hulde uw kind direct na de bevalling? ja nee liep blauw aan

Wat was het geboortegewicht van uw kind? ___ gram. Als u dit weet: wat was de APGAR-score? _____

Voeding en nachtrust

Heeft uw kind borstvoeding (gehad)? ja, nog steeds ja, ____ maanden lang nee

Hoe verloopt de voeding bij uw baby? goed drinkt weinig rechts/links gaat moeilijk

Van welk voedsel of drank krijgt uw kind last? _____

Hoe gaat uw kind om met eten? makkelijke eter lastige eter grote eetlust weinig eetlust

Hoe drinkt uw kind? normaal veel dorst weinig dorst

Heeft uw kind een opvallende behoefte aan iets? Zo ja, wat? zoetigheid iets anders, nl: _____

Eet uw kind vlees of vis? Zo nee, vegetarisch veganistisch anders, nl.: _____

Volgt uw kind een dieet? Zo ja, welk? suikervrij glutenvrij anders, nl.: _____

Hoe lang slaapt uw kind? __ uur. Wordt uw kind veel wakker? Zo ja, hoe vaak? __ keer. Hoe laat?: __

Heeft uw kind een favoriete slaaphouding? Zo ja, welke? _____

Inentingen en kinderziektes die uw kind heeft gehad

Zet deze alstublieft in chronologische volgorde. Vermeld ook belangrijke gebeurtenissen, zoals bijvoorbeeld een echtscheiding. Meer ruimte nodig? Voeg een blad toe.

Inenting	Leeftijd	Hoe reageerde uw kind hierop?
_____	____ jaar	<input type="checkbox"/> ziek <input type="checkbox"/> niet ziek <input type="checkbox"/> veel koorts <input type="checkbox"/> weinig koorts <input type="checkbox"/> onrustig
_____	____ jaar	<input type="checkbox"/> ziek <input type="checkbox"/> niet ziek <input type="checkbox"/> veel koorts <input type="checkbox"/> weinig koorts <input type="checkbox"/> onrustig
_____	____ jaar	<input type="checkbox"/> ziek <input type="checkbox"/> niet ziek <input type="checkbox"/> veel koorts <input type="checkbox"/> weinig koorts <input type="checkbox"/> onrustig
_____	____ jaar	<input type="checkbox"/> ziek <input type="checkbox"/> niet ziek <input type="checkbox"/> veel koorts <input type="checkbox"/> weinig koorts <input type="checkbox"/> onrustig
_____	____ jaar	<input type="checkbox"/> ziek <input type="checkbox"/> niet ziek <input type="checkbox"/> veel koorts <input type="checkbox"/> weinig koorts <input type="checkbox"/> onrustig

Van welke inenting was uw kind het meest ziek? _____

Kinderziekte	Leeftijd	Hoe reageerde uw kind hierop?
_____	____ jaar	<input type="checkbox"/> ziek <input type="checkbox"/> niet ziek <input type="checkbox"/> veel koorts <input type="checkbox"/> weinig koorts <input type="checkbox"/> onrustig
_____	____ jaar	<input type="checkbox"/> ziek <input type="checkbox"/> niet ziek <input type="checkbox"/> veel koorts <input type="checkbox"/> weinig koorts <input type="checkbox"/> onrustig
_____	____ jaar	<input type="checkbox"/> ziek <input type="checkbox"/> niet ziek <input type="checkbox"/> veel koorts <input type="checkbox"/> weinig koorts <input type="checkbox"/> onrustig
_____	____ jaar	<input type="checkbox"/> ziek <input type="checkbox"/> niet ziek <input type="checkbox"/> veel koorts <input type="checkbox"/> weinig koorts <input type="checkbox"/> onrustig
_____	____ jaar	<input type="checkbox"/> ziek <input type="checkbox"/> niet ziek <input type="checkbox"/> veel koorts <input type="checkbox"/> weinig koorts <input type="checkbox"/> onrustig

Van welke kinderziekte was uw kind het meest ziek? _____

Belangrijke gebeurtenis

_____ Leeftijd: ____ jaar

_____ Leeftijd: ____ jaar