



VRAGENLIJST VOOR KINDEREN

Datum:

Geachte Ouders,

Wilt u de volgende vragen aandachtig doorlezen en zo nauwkeurig mogelijk beantwoorden.
Bij het intake-gesprek zullen de gegevens met u en uw kind worden besproken.
Uiteraard blijven de gegevens strikt beroepsgeheim. Dank voor uw bereidwillige inspanning.

Naam: Voornaam:

Eventueel andere achternaam Ouderpartner:

Adres: Postcode:

Woonplaats Geb. datum: M/V

Geboorteplaats: Geb. Tijd:

Telefoon overdag: B.G.G.:

School: Emailadres:

Sport, Hobby, Vrije tijd:

Medicijngebruik:

Huisarts: Telefoon:

Specialist: Telefoon:

Therapeut: Telefoon:

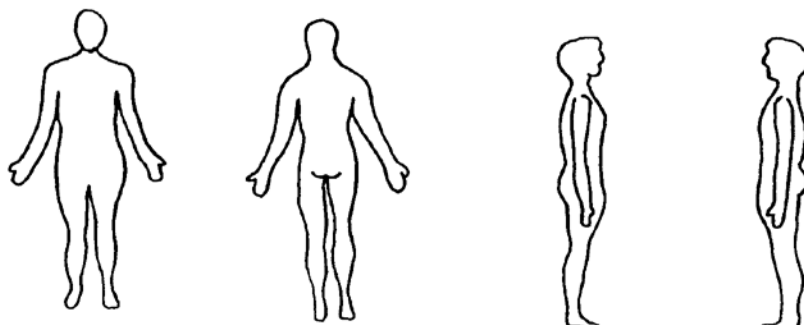
Door wie bent u geïnformeerd/geadviseerd?

Wat is uw voornaamste klacht van uw kind?

Wanneer is deze begonnen en onder welke omstandigheden?

Wilt U op de figuren aangeven waar uw kind de klachten voelt? Wilt u tevens in rood littekens aangeven?

* Zie brief intake, aankruisen.





Hoe maakt uw kind zijn of haar klacht kenbaar?

.

Is er een regelmaat of patroon in zijn of haar klachten te ontdekken?

.

Welke omstandigheden geven verbetering? (b.v. koude, warmte, rust, stress, honger, eten, lichaamshouding, beweging):

.

En verergering?

Wat is er eerder aan deze klacht gedaan?

.

Zijn er naast de hoofdklacht nog BIJKOMENDE KLACHTEN?

1.

2.

3.

Hoe is de gezinssamenstelling?

Het hoeveelste kind gaat het om?

Familiaire ziekten:

Erfelijke aandoeningen (hart- en vaatziekten, reuma, kanker, suikerziekte, huidaandoeningen, etc.) en/of niet-erfelijke aandoeningen?

Moeder:

Vader:

Overige Familieleden

.

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

.

Heeft u tijdens de zwangerschap medicijnen geslikt? Zo ja, welke medicijnen, waarvoor en wanneer?

.

Hoe verliep de bevalling?

.

Indien u meerdere kinderen heeft, hoe verliepen die bevallingen?

.



Welke inenting(en) heeft uw kind reeds gehad?

.

Hoe reageerde uw kind hierop? Ziek/ niet ziek/ veel koorts/ weinig koorts/ onrustig?

.

Welke kinderziekten heeft uw kind gehad?

.

Waar is uw kind het meeste ziek van geweest?

Is uw kind geopereerd? Zo ja, wat voor operatie?

.

Heeft uw kind al zijn volledig melkgebit? Ja/ Nee/ Mee bezig?

.

Is uw kind al aan het 'wisselen'? Zo ja, hoe verloopt dat?

.

Slaapt uw kind goed?

Zo nee, wordt uw kind 's nachts wakker, hoe laat?

.

Hoe is de stoelgang? x dagelijks / x per week. Regelmatig / onregelmatig?

Consistentie: vast/ brijig/ zacht/ waterig. Kleur: wit/ lichtbruin/ geelbruin/ donkerbruin/ zwart

Heeft uw kind borstvoeding gehad en hoe lang?

Hoe gaat uw kind om met eten?

.

Welke spijs(en) en/of drank(en) liggen uw kind niet goed?

.

Heeft uw kind grote behoefte aan zoetheid? Ja/Nee?

.

Gaat het met uw kind goed op school? Zo nee, waarom niet?

.

Maakt uw kind makkelijk/moeilijk vriendjes of vriendinnetjes?

.

Hoe gaat uw kind om met ouderlijk gezag?

.



Beschrijving kind:

Kunt u zo veel mogelijk onderstaand omcirkelen, hoe uw kind te beschrijven is?

Is uw kind:

- | | | |
|--------------------------------------|----|-----|
| • Jantje lacht, jantje huilt | ja | nee |
| • Snel op zijn of haar tenen getrapt | ja | nee |
| • Een 'moederskindje' | ja | nee |
| • Traag, lui | ja | nee |
| • Schrikkerig | ja | nee |
| • Rusteloos, druk | ja | nee |
| • Zindelijk; dag en nacht | ja | nee |
| • Traag met lopen | ja | nee |
| • Traag met staan | ja | nee |
| • Traag met praten | ja | nee |
| • Klein voor zijn of haar leeftijd | ja | nee |
| • Groot voor zijn of haar leeftijd | ja | nee |
| • Snel moe | ja | nee |
| • Bang om alleen te zijn | ja | nee |

Bang voor:

Heeft uw kind:

- | | | |
|------------------------------|----|-----|
| • Een slechte concentratie | ja | nee |
| • Veel vriendjes | ja | nee |
| • Speelt graag alleen | ja | nee |
| • Veel dorst | ja | nee |
| • Weinig dorst | ja | nee |
| • Slechte eetlust | ja | nee |
| • Goede eetlust | ja | nee |
| • Veel behoefte aan zoetheid | ja | nee |

Zo nee, behoefte aan iets anders dan zoetheid?

Heeft uw kind:

- | | | |
|---|----|-----|
| • Last van eczeem (of vroeger last gehad) | ja | nee |
| • Last van wratten | ja | nee |
| • Last van diarree | ja | nee |
| • Last van obstipatie | ja | nee |
| • Last van een allergie | ja | nee |

Zo ja, welke allergie?

Vindt uw kind:

- | | | |
|---|----|-----|
| • Het prettig om aangehaald te worden | ja | nee |
| • Het vervelend om aangehaald te worden | ja | nee |

Heeft u zelf nog aanvullende informatie:

.....
.....
.....