



Datum: _____

Therapeut: _____

Intake dd: _____

Tijd: _____

VRAGENLIJST VOOR KINDEREN

Geachte Mevrouw, Meneer, (verzorgers)

Wilt u de volgende vragen aandachtig doorlezen en zo nauwkeurig mogelijk beantwoorden. Bij het intake-gesprek zullen de gegevens met u 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: _____ E-Mail: _____

Medicijngebruik: _____

Huisarts: _____ Tel: _____

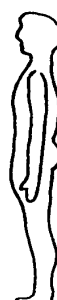
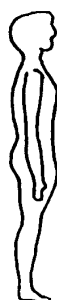
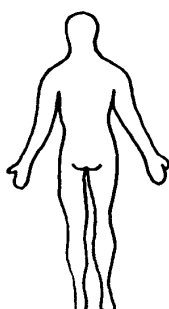
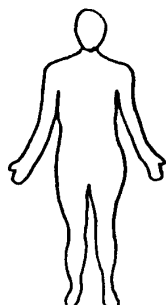
Specialist: _____ Tel: _____

Therapeut: _____ Tel: _____

Door wie bent u geïnformeerd/geadviseerd: _____

Wat is voornaamste klacht van uw kind? _____

Wanneer is deze begonnen en onder welke omstandigheden? _____



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

Hoe maakt uw kind zijn /haar klacht kenbaar?

Is er een regelmaat of patroon in uw 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 niet-erfelijke aandoeningen

Moeder: _____

Vader: _____

Overige Familieleden: _____

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

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

Hoe verliep de bevalling?

Andere bevallingen?

Welke inenting(en) heeft uw kind reeds gehad? _____

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

Welke (kinder)ziekten 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 volledige melk gebit? Ja / nee / mee bezig.

Hoe verliep / verloopt het tanden krijgen? _____

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/ breïg/ zacht/ waterig. Kleur: wit/ lichtbruin/ geelbruin/ donkerbruin/ zwart

Hoe lang heeft uw kind borstvoeding gehad? _____

Hoe gaat uw kind om met eten? _____

Welke spijzen en / of dranken 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 huult | ja | nee |
| • Snel op zijn 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, staan en praten e.d. | ja | nee |
| • Klein voor zijn leeftijd | ja | nee |
| • Groot voor zijn 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:
