



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: \_\_\_\_\_

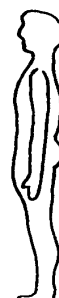
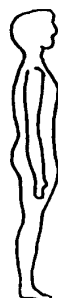
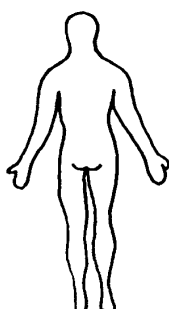
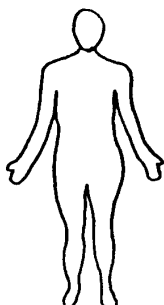
Specialist: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

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 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 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:

---

---

---

---