

**Intake Formulier voor Kinderen**

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.

Naam: \_\_\_\_\_ Voornaam: \_\_\_\_\_

Eventuele andere achternaam ouder/partner: \_\_\_\_\_

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 uw voornaamste klacht van uw kind? \_\_\_\_\_

Wanneer is deze begonnen en onder welke omstandigheden?

\_\_\_\_\_

Hoe maakt uw kind zijn/haar klacht kenbaar? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Is er een regelmaat of patroon in de 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? \_\_\_\_\_

Hoe verliepen eventuele andere bevallingen? \_\_\_\_\_

Welke inentingen heeft uw kind reeds gehad? \_\_\_\_\_

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

Welke kinderziektes heeft uw kind gehad? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Waar is uw kind het meest ziek van geweest? \_\_\_\_\_

Is uw kind geopereerd? Zo ja, wat voor een operatie? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Heeft uw kind al zijn volledige melkgebit? Ja / nee / mee bezig.

Hoe 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,

Constistensie: vast / breiïg / zacht / waterig. Kleur: wit / lichtbruin / geelbruin / donkerbruin / zwart.

Hoe lang heeft uw kind borstvoeding gehad? \_\_\_\_\_

Hoe gaat uw kind om met eten? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Welke spijsen 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 huilt: ja/nee
- Snel op zijn tenen getrapt: ja/nee
- Een 'moeders kindje': 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
- Overmatige eetlust: ja/nee
- Veel behoefte aan zoetheid: ja/nee

Zo nee, opvallende behoefte aan iets anders dan zoetheid? \_\_\_\_\_

Heeft uw kind:

- Last van eczeem (of vroeger last van 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
- Het vervelend om aangehaald te worden

Heeft u zelf nog aanvullende informatie:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_