

Intakeformulier kinderen/ baby's

Geachte mevrouw, meneer, verzorger.

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 en zullen de patiëntgegevens onder alle geldende eisen worden bewaard. Bij voorbaat dank.

Naam : _____ Voornaam : _____

Adres : _____ Postcode : _____

Woonplaats : _____ Geb.datum : _____

Tel (mobiel) : _____ Emailadres : _____

Burgerservicnr. : _____ Zorgverz.nr. : _____

School : _____

Sport, hobby, vrije tijd : _____

Medicijngebruik : _____

Huisarts: _____ Tel: _____

Specialist: _____ Tel: _____

Therapeut: _____ Tel: _____

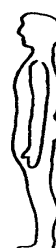
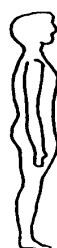
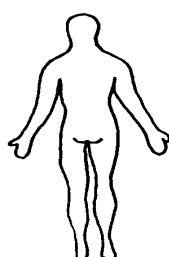
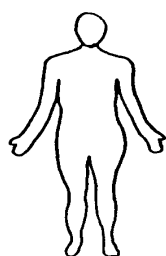
0 Ik maak bezwaar tegen verzending van een rapport naar mijn huisarts.

Door wie bent u geïnformeerd/geadviseerd voor osteopathie: _____

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 litteken 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 voelt uw kind zich in het algemeen? (verdrietig, angstig, rusteloos, geïrriteerd, blij)

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 inentingen heeft uw kind reeds gehad? _____

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

Welke (kinder)ziektes 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/ brijig/ 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?

Wilt u op de volgende pagina aangeven welke punten voor uw kind/ baby van toepassing zijn

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 '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:
