

Geachte mevrouw /meneer, verzorger(s),

Wilt u onderstaande vragen aandachtig doorlezen en zo nauwkeurig mogelijk beantwoorden. Bij het intakegesprek zullen de gegevens met u worden besproken. Uiteraard blijven deze gegevens strikt beroepsgeheim. Bij voorbaat dank voor uw moeite.

Naam:

Geboortedatum:

Adres:

Postcode en woonplaats:

Telefoonnummer:*

Emailadres:*

School:

Sport/hobby's:

Huisarts/behandelend specialist/therapeut:

Medicijngebruik:

Wat is de 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? (warmte / kou, rust / stress / beweging, houding, eten, enz)

Welke omstandigheden geven verslechtering?

Is uw kind al eerder voor uw klachten onder behandeling geweest? Zo ja, door wie?

Welke bijkomende klachten heeft uw kind?

Is uw kind enigst kind/de oudste/middelste/...e van ../jongste van uw kinderen?

Komen er erfelijke ziekten (hart- en vaatziekten, reuma, kanker, suikerziekte, huidaandoeningen etc.) in uw familie voor?

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

Is er medicatie geslikt tijdens de zwangerschap? Zo ja, welke, waarvoor en wanneer?

Hoe verliep de bevalling?

Welke inentingen heeft uw kind gehad?

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

Welke (kinder)ziektes heeft uw kind gehad?

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

Heeft uw kind al zijn volledige gebit? Ja/Nee/Mee bezig

Hoe verliep/verloopt het tanden krijgen?

Is uw kind al aan het "wisselen"/ heeft uw kind al "gewisseld"? Zo ja, hoe verloopt/verliep dat?

Wordt uw kind 's nachts wakker? Zo ja, hoe laat?

Hoe is de stoelgang?

Hoe lang heeft uw kind borstvoeding gehad?

Hoe gaat uw kind om met eten?

Welke spijzen/dranken liggen niet goed?

Is er een grote behoefte aan zoetigheid?

Aan iets anders als zoetigheid?

Gaat het goed op school? Zo nee, waarom niet?

Hoe is uw kind te omschrijven? Voor de omschrijving graag aanvinken wat van toepassing is.

Is uw kind:

- | | | | |
|---|--------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| Een Jantje huilt, Jantje lacht: | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee | |
| Snel op zijn/haar teentjes getrapt: | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee | |
| Een 'moederskindje': | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee | |
| Traag/lui: | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee | |
| Schrikkerig: | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee | |
| Rusteloos/Druk: | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee | |
| Zindelijk: | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee | |
| Traag met staan/lopen/praten e.d.: | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee | |
| Voor zijn/haar leeftijd: | <input type="checkbox"/> klein | <input type="checkbox"/> groot | <input type="checkbox"/> normaal |
| Snel moe: | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee | |
| Vindt uw kind het prettig om aangehaald te worden?: | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee | |

Heeft uw kind:

- | | | |
|------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| Een slechte concentratie: | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| Veel vriendjes: | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| Veel behoefte om alleen te spelen: | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| Dorst: | <input type="checkbox"/> Veel | <input type="checkbox"/> Weinig |
| Eetlust: | <input type="checkbox"/> Veel | <input type="checkbox"/> Weinig |

Heeft uw kind last van:

- | | | |
|---------------|-----------------------------|------------------------------|
| Eczeem: | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| Wratten: | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| Diarree: | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| Obstipatie: | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| Allergie(en): | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |

Zo ja, welke allergie(en)?

Heeft u zelf nog aanvullende informatie?