



Intakeformulier voor baby's en peuters

Datum afspraak:

Tijd:

Aan de ouders/verzorgers

Wilt u de volgende vragen aandachtig doorlezen en zo nauwkeurig mogelijk beantwoorden. We zullen de gegevens bij de intake bespreken. Uiteraard blijven de gegevens strikt beroepsgeheim.

Naam :

Voornaam

Achternaam ouder/verzorgers:

Adres:

Postcode:

Woonplaats:

Geb.datum

J/M

Geboorteplaats:

E-mail adres:

Telefoon:

Mobiel:

Kinderdagverblijf/peuterspeelzaal:

Medicijngebruik, zo ja sinds wanneer:

Huisarts:

Tel.nr/adres:

Specialist:

Teln.nr.

Therapeut:

Telnr:

Ik ga akkoord dat de huisarts en/of de consultatiebureau arts wordt geïnformeerd dat mijn kind bij een osteopaat en/of mesoloog onder behandeling is. (aanvinken indien akkoord)

Door wie bent u geïnformeerd:

Wat is de voornaamste klacht van uw kind:

Wanneer is deze klacht begonnen en onder welke omstandigheden:

Zijn er naast deze klachten nog BIJKOMENDE KLACHTEN?

1

2

3



Hoe is de gezinssamenstelling? Vader(s) moeder(s) verzorger(s)
Het hoeveelste kind is het? 1^e 2^e 3^e 4^e 5^e 6^e

Heeft u medicijnen geslikt tijdens de zwangerschap? ja nee

Zo ja welke/waarvoor?

Hoe verliep de zwangerschap? goed minder goed

Geboorte:

Verloop geboorte: moeizaam lang kort

Na hoeveel weken zwangerschap is uw kind geboren?

Werd de geboorte geprovoceerd? ja nee

Was het een stuitligging? ja nee

Werd er gebruik gemaakt van vacuümextractie/tang etc? ja nee

Was de geboorte gepland(keizersnee)? ja nee

Met urgentie? ja nee

Observatie:

Heeft hij/zij een voorkeursrichting met zijn hoofd? ja nee

Als hij/zij ligt gooit hij/zij dan zijn/haar hoofd naar achteren? ja nee

Als u baby ligt maakt hij/zij dan een spanboog? ja nee

Reageert hij/zij op geluid/licht(schrikkerig)? ja nee

Lijkt hij/zij hyperactief? ja nee



Voeding:

Krijgt uw kind borst of flesvoeding?	<input type="radio"/> borst	<input type="radio"/> fles
Als uw kind aan de borst ligt zuigt hij/zij dan effectief?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee
Kost het hem/haar moeite de borst of de fles te nemen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee
Spuugt hij/zij vaak na het drinken?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee
Vaak oprispingen na het drinken?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee
Moeilijkheden met slikken?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee

Het slaap gedrag van uw baby/peuter:

Slaapt hij/zij moeilijk in?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee
Wordt hij/zij 's nachts vaak wakker?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee
Slaap hij/zij goed overdag?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee
Heeft hij/zij last van slapeloosheid?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee

Algemeen:

Is hij/zij reeds geopereerd/ziekenhuisopname gehad?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee		
Heeft hij/zij reeds inentingen gehad? Zo ja welke?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee		
Hoe reageerde hij/zij hierop?	<input type="radio"/> Ziek	<input type="radio"/> niet ziek	<input type="radio"/> koorts	<input type="radio"/> onrustig
Is hij/zij wel eens gevallen(fysiek trauma)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee		

Heeft u zelf nog aanvullende informatie?