



---

## Intakeformulier voor kinderen

Datum afspraak:

Tijd:

Geachte mevrouw/meneer, ouders/verzorgers

Wilt u de volgende vragen aandachtig doorlezen en zo nauwkeurig mogelijk beantwoorden. Gelieve een week voor de geplande afspraak intakeformulier retourneren. We zullen de gegevens bij de intake bespreken. Uiteraard blijven de gegevens strikt beroepsgeheim.

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

Achternaam ouder/verzorger 2: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_ Postcode: \_\_\_\_\_

Woonplaats: \_\_\_\_\_ Geb.datum: \_\_\_\_\_ M/V

Geboorteplaats: \_\_\_\_\_ E-mail adres: \_\_\_\_\_

Telefoon overdag: \_\_\_\_\_ B.G.G.: \_\_\_\_\_ Mobiel: \_\_\_\_\_

School/kinderdagverblijf/peuterspeelzaal: \_\_\_\_\_

Sport,hobby,vrije tijd: \_\_\_\_\_

Medicijngebruik, zo ja sinds wanneer: \_\_\_\_\_

Huisarts: \_\_\_\_\_ adres: \_\_\_\_\_

Specialist: \_\_\_\_\_ adres: \_\_\_\_\_

Therapeut: \_\_\_\_\_ adres: \_\_\_\_\_

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:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



---

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

Is er een patroon of regelmaat te ontdekken? \_\_\_\_\_

Welke omstandigheden geven verbetering (b.v. warmte/koude/rust/stress/honger/eten/beweging):  
\_\_\_\_\_

En verergering? \_\_\_\_\_

Hoe voelt uw kind zich in het algemeen?(verdrietig/angstig/geirriteerd):  
\_\_\_\_\_

Wat is er eerder aan deze klacht gedaan?  
\_\_\_\_\_

Zijn er naast deze klachten nog BIJKOMENDE KLACHTEN?

- 1.
- 2.
- 3.

Hoe is de gezinssamenstelling? \_\_\_\_\_

Het hoeveelste kind is het? \_\_\_\_\_

**Familiaire ziekten:** erfelijke aandoeningen (hart-vaat ziekten, reuma, kanker, suiker, huidaandoeningen, etc.) en niet-erfelijke aandoeningen

Moeder: \_\_\_\_\_

Vader: \_\_\_\_\_

Overige familieleden: \_\_\_\_\_

Is de zwangerschap van uw kind goed verlopen? Zo nee, wat en wanneer ging het niet goed?  
\_\_\_\_\_

Na hoeveel weken zwangerschap is uw kind geboren? \_\_\_\_\_

Heeft u medicijnen geslikt tijdens de zwangerschap, zo ja welke, wanneer er waarvoor?  
\_\_\_\_\_

Hoe verliep de bevalling? \_\_\_\_\_

En evt. andere bevallingen? \_\_\_\_\_



---

Welke inenting(en) heeft uw kind reeds gehad? \_\_\_\_\_

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

Welke (kinder)ziekten heeft uw kind gehad en op welke leeftijd? \_\_\_\_\_

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

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

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

Hoe verliep verloop 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, zo ja hoe vaak en hoe laat? \_\_\_\_\_

Hoe is de stoelgang? \_\_\_\_\_ x dagelijks/ \_\_\_\_\_ x per week. Regelmatig/onregelmatig.

Consistentie: vast/breiiig/vast/waterig. Kleur: wit/lichtbruin/geelbruin/donkerbruin/zwart

Heeft uw kind borstvoeding gehad en zo ja hoelang? \_\_\_\_\_

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

Welk spijzen en/of dranken liggen uw kind niet goed? \_\_\_\_\_

Heeft uw kind behoefte aan zoetheid, zo ja welke? \_\_\_\_\_

Gaat het met uw kind goed op school? Zo nee, waarom/waarmee niet? \_\_\_\_\_

Maakt uw kind makkelijk/moeilijk vriendjes of vriendinnetjes? \_\_\_\_\_

Hoe gaat uw kind om met ouderlijk gezag? \_\_\_\_\_



Beschrijving van uw kind op hoofdlijnen. Omcirkel onderstaande uitspraken die van toepassing zijn op uw kind

**Is uw kind:**

- |                                    |          |
|------------------------------------|----------|
| * Jantje licht, 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 | 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 overmatige behoefte aan iets anders? \_\_\_\_\_

**Heeft uw kind:**

- |                                  |          |
|----------------------------------|----------|
| * Last van eczeem (of gehad)     | ja / nee |
| * Last van wratten               | ja / nee |
| * Last van diaree (of gehad)     | ja / nee |
| * Last van obstipatie (of gehad) | ja / nee |
| * Last van allergie              | ja / nee |

Zo ja welke allergie en sinds wanneer? \_\_\_\_\_

**Heeft uw kind:**

- |  |          |
|--|----------|
| * Een fysiek trauma doorgemaakt (gevallen ed.)         | ja / nee |
| * Een mentaal trauma doorgemaakt (bv scheiding ouders) | ja / nee |
| * Een trauma aan het gebit doorgemaakt                 | ja / nee |

Zo ja, wanneer en hoe is het herstel verlopen? \_\_\_\_\_

**Vindt uw kind:**

- |   |          |
|---|----------|
| * Het prettig om aangehaald te worden   | ja / nee |
| * Het vervelend om aangehaald te worden | ja / nee |

**Heeft u zelf nog aanvullende info** \_\_\_\_\_