# Geachte ouder(s)/ verzorgers,

Wij verzoeken u onderstaande vragenlijst door te nemen en deze zo goed mogelijk in te vullen. Bij het eerste consult zullen we de gegevens met u doornemen. Uiteraard geldt er m.b.t. deze gegevens een geheimhoudingsplicht.

*U kunt middels uw Tab-toets of cursor-toets naar het volgende in te vullen hokje gaan. Een hokje vergroot zich van zelf als u meer intypt. Bij [ ]  kunt u middels u linker muisknop een vakje aankruizen. Indien u bij vragen komt met een grijs vakje met daarin een antwoord, kunt het vakje aanklikken. Er verschijnt nu aan de rechter zijde een pijltje. Als u op het pijltje gaat staan met uw muis, verschijnen de antwoord mogelijkheden. Klik uw keuze aan en ga verder met uw Tab-toets of cursor-toets.*

*Algemeen: achter veel antwoorden is er de mogelijkheid om wat toe te voegen, deze alleen invullen bij extra informatie (‘ingeknipt’ hier kunt u b.v. invullen 5 hechtingen).*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Naam |       | Voornaam |       |  |
| Adres  |       | Geb.dat. |       |
| Postcode |       | BSN |       |
| Woonplaats |       | Huisarts |       |
| Tel.nr. |       | School (Groep/Klas) |       |
| Mobielnr. |       | Sport/Hobby´s |       |
| Emailadres  |       | Medicijngebruik |       |
| Verwijzer |       |  |  |

1. Wat is de voornaamste reden van de afspraak voor uw kind

1. Omschrijf het probleem/klacht van uw kind

1. Wanneer is/zijn deze problemen/klachten begonnen

1. Was er sprake van een trauma

[ ]  Ja

[ ]  Nee

1. Zijn de problemen/klachten sinds het begin

[ ]  Verminderd

[ ]  Verergerd

[ ]  Gelijk gebleven

[ ]  Anders

1. Hoe maakt uw kind zijn/haar problemen/klachten kenbaar

1. Is er regelmaat of patroon in de problemen/klachten van uw kind

1. Wanneer/waardoor verergeren de problemen/klachten,

*\*denk hierbij aan houding/beweging, rust/activiteit, voeding, spanning e.d.*

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Is uw kind voor deze problemen/klachten bij de huisarts geweest

[ ]  Nee[ ]  Ja, recentelijk[ ]  Ja, meer dan 3 maanden geleden | 1. Is uw kind voor deze problemen/klachten bij een specialist (in het ziekenhuis) geweest

[ ]  Nee[ ]  Ja, recentelijk bij      [ ]  Ja, meer dan 3 maanden geleden bij       |
| 1. Is uw kind voor deze problemen/klachten al elders behandeld, zo ja door wie

[ ]  Nee[ ]  Ja, recentelijk bij:[ ]  Ja, meer dan 3 maanden geleden bij:      | 1. Zijn er t.a.v. de klacht nadere onderzoeken verricht

[ ]  Röntgenfoto’s[ ]  CT-scan[ ]  MRI-scan[ ]  Bloedonderzoek [ ]  Urineonderzoek [ ]  Ontlastingsonderzoek [ ]  Anders, n.l.       |
| 1. Heeft uw kind ook bijkomende klachten

[ ]  Nee[ ]  Ja, n.l.      |  |
| Nu volgen een aantal familiaire vragen |  |
| 1. Hoe is de gezinssamenstelling

      | 1. Het hoeveelste kind gaat het om

      |
| Familiaire ziekten |  |
| 1. Zijn er erfelijke aandoeningen, denk daarbij aan hart- en vaatziekten, reuma, kanker, suikerziekte, huidaandoeningen e.d.

[ ]  Moeder:      \*[ ]  Vader:      \*[ ]  Overige familieleden[ ]  Moederskant:      \*[ ]  Vaderskant:      \**\*bij meerdere antwoorden kunt u gewoon doortypen* | 1. Zijn er niet-erfelijke aandoeningen

[ ]  Nee[ ]  Ja, n.l.      \* *\*bij meerdere antwoorden kunt u gewoon doortypen* |
| 1. Hoe is de zwangerschap verlopen

      | 1. Gebruikte moeder medicatie tijdens de zwangerschap, zo ja waarvoor en hoelang

      |
| 1. Hoe is de bevalling verlopen, omschrijf kort van de 1ste wee tot aan de geboorte

      | 1. Welke inentingen heeft u kind gehad

      |
| 1. Hoe reageerde uw kind op de inentingen

[ ]  ziek [ ]  niet ziek[ ]  koorts[ ]  hoge koorts[ ]  onrustig[ ]  anders, n.l.       | 1. Welke (kinder)ziektes heeft uw kind gehad

     \* *\*bij meerdere antwoorden kunt u gewoon doortypen* |
| 1. Waar is uw kind het meest ziek van geweest

      | 1. Is uw kind geopereerd, zo ja, wanneer en waaraan

     \* *\*bij meerdere antwoorden kunt u gewoon doortypen* |
| 1. Heeft uw kind (al) een volledig melkgebit (gehad)

[ ]  Ja, het gaf vrijwel geen problemen[ ]  Ja, maar het gaf veel problemen[ ]  Nee, maar de tanden beginnen goed door te komen[ ]  Nee, maar het gaat zeer moeizaam[ ]  Nee, er is nog niets gebeurd | 1. Zijn alle melktanden goed doorgekomen

[ ]  Ja[ ]  Nee, nr(s)       nog niet |
| 1. Is uw kind aan het wisselen

[ ]  Ja, het geeft geen problemen[ ]  Ja, maar het geeft (veel) problemen[ ]  Nee | 1. Slaapt uw kind goed

[ ]  Ja[ ]  Ja, maar komt moeilijk in slaap[ ]  Nee, wordt wel ’s nachts wakker[ ]  Anders, n.l.       |
| 1. Heeft uw kind borstvoeding gehad

[ ]  Ja,       weken[ ]  Nee | 1. Eet uw kind goed

      |
| 1. Heeft u kind voorkeur of afkeer voor:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | voorkeur | afkeer |
| Zuur | [ ]  | [ ]  |
| Zoet | [ ]  | [ ]  |
| Pikant | [ ]  | [ ]  |
| Bitter  | [ ]  | [ ]  |

 | 1. Heeft uw kind sterke behoefte aan zoetigheid

[ ]  Nee[ ]  Ja |
| 1. Gebruikt uw kind zuivelproducten

[ ]  Melk,       glazen/dag[ ]  Yoghurt,       x/dag (reken hierbij ook vla e.d)[ ]  Kaas,       boterhammen/dag[ ]  Anders, n.l.        | 1. Is er voeding of drinken wat uw kind niet goed ligt

[ ]  Nee[ ]  Ja, n.l.       |
| 1. Hoe vaak heeft uw kind ontlasting

[ ]  Meer dan 2x per dag[ ]  2x/dag tot 1x per 2 dagen[ ]  Minder dan 1x per dagen[ ]  Anders, n.l.      Kan uw kind makkelijk poepen of moet hij/zij erg persen[ ]  Nee[ ]  Ja, n.l.      | 1. Hoe is de samenstelling van zijn/haar ontlasting

[ ]  vast[ ]  breiig[ ]  zacht[ ]  waterig[ ]  weet ik niet |
| 1. Wat is de kleur van zijn/haar ontlasting

[ ]  wit[ ]  lichtbruin[ ]  geelbruin[ ]  donkerbruin | [ ]  zwart[ ]  wisselend[ ]  weet ik niet |
| 1. Gaat het goed op school met uw kind

[ ]  Ja[ ]  Nee, want        | 1. Maakt u kind makkelijk contact met leeftijdgenootjes

[ ]  Ja[ ]  Nee, want       |

Probeer uw kind zo goed mogelijk te beschrijven door onderstaande in te vullen

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ja | nee | nvt |
| Is uw kind |  |  |  |
| * Jantje lacht, Jantje huilt
 | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| * Snel op zijn/haar tenen getrapt
 | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| * Snel boos om ‘niets’
 | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| * Een ‘moederskindje’
 | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| * Traag, lui
 | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| * Schrikkerig
 | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| * Rusteloos, druk
 | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| * Zindelijk; dag en nacht
 | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| * Traag met lopen, staan en praten e.d.
 | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| * Klein voor zijn/haar leeftijd
 | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| * Groot voor zijn/haar leeftijd
 | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| * Snel moe
 | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| * Bang om alleen te zijn
 | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| * + Bang voor
 |
|  |  |  |  |
| Heeft uw kind |  |  |  |
| * Een slechte concentratie
 | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| * Een denker
 | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| * Een doener
 | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| * Veel vriendjes
 | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| * Speelt graag alleen
 | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| * Veel dorst
 | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| * Weinig dorst
 | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| * Slechte eetlust
 | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| * Goede eetlust
 | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| * Veel behoefte aan zoetigheid
 | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| * + Indien nee, behoefte aan iets anders:
 |
|  |  |  |  |
| Heeft uw kind last van |  |  |  |
| * Eczeem
 | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| * Wratten
 | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| * Diarree
 | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| * Obstipatie
 | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| * Allergieën
 | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| * + Indien ja, welke:
 |
|  |  |  |  |
| Vindt uw kind |  |  |  |
| * het prettig om aangehaald te worden
 | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| * het vervelend om aangehaald te worden
 | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
|  |
| Heeft u nog aanvullende informatie betreffende uw kind:       |

**AKKOORDVERKLARING**

Wij vragen u deze te tekenen tijdens/na het 1ste consult.

Ondergetekende, de heer / mevrouw      ,

ouder/verzorger van

Geeft hierbij  toestemming om

[ ]  Huisarts

[ ]  Behandelend arts/specialist, te weten:

[ ]  Behandelend(e) therapeut(en), te weten:

In te lichten over de osteopatische behandeling betreffende op pagina 1 genoemde klacht

Geeft hierbij toestemming om op te vragen

[ ]  Röntgenfoto’s

[ ]  CT-scan

[ ]  MRI-scan

[ ]  Bloedonderzoek

[ ]  Anders, n.l.

Ter ondersteuning van de osteopatische behandeling

Datum

Handtekening