

Intakeformulier baby's / kinderen

Datum:

Tijd:

Geachte mevrouw, meneer,

Wilt u de volgende vragen aandachtig doorlezen en zo nauwkeurig mogelijk beantwoorden. Bij het intake-gesprek zullen de gegevens met u worden besproken. Uiteraard vallen de gegevens onder het beroepsgeheim en wordt er geen informatie gedeeld zonder uw uitdrukkelijke toestemming. Dank voor uw bereidwillige inspanning.

Gegevens kind	Gegevens ouders
Naam:	Naam:
Voornaam:	Voornaam:
Geboortedatum:	Adres:
Geboorteplaats:	Postcode/ Woonplaats:
Adres:	Telefoon:
Woonplaats:	Mobiel:
School:	Emailadres:
Huisarts:	Tel:
Specialist:	Tel:
Therapeut:	Tel:
Medicijngebruik?	
Sport, hobby's, vrije tijd?	
Door wie bent u geïnformeerd/geadviseerd?	
Wat is de voornaamste klacht van uw kind en hoe maakt uw kind dit kenbaar?	
Wanneer en hoe zijn de klachten ontstaan?	
Is het uw eerste kind? (broertjes/zusjes, leeftijd?) ja <input type="checkbox"/> /nee <input type="checkbox"/>	
Bent u voor/tijdens de zwangerschap ziek/geopereerd geweest? Zo ja, toelichten. ja <input type="checkbox"/> /nee <input type="checkbox"/> Toelichting:	
Waren er complicaties tijdens de zwangerschap? Zo ja, welke? ja <input type="checkbox"/> /nee <input type="checkbox"/> Toelichting:	

Was het een normale bevalling of met hulp van sectio (keizersnede) /forceps (tangverlossing)/ vacuümextractor (pomp)? ja <input type="checkbox"/> /nee <input type="checkbox"/>
Was het een zware, langdurige of snelle bevalling? ja <input type="checkbox"/> /nee <input type="checkbox"/>
Hoe was de toestand van uw kind na de bevalling (evt. Apgar-score)?
Krijgt of kreeg uw kind borstvoeding? Zo ja, hoelang? ja <input type="checkbox"/> /nee <input type="checkbox"/>
Zuigreflex voldoende aanwezig? ja <input type="checkbox"/> /nee <input type="checkbox"/>
Spuugt uw kind? Wat, wanneer en hoeveel? ja <input type="checkbox"/> /nee <input type="checkbox"/>
Heeft uw kind last van maag-darmkrampjes en/of winderigheid? Wanneer? ja <input type="checkbox"/> /nee <input type="checkbox"/>
Kan uw kind bepaalde voedingsstoffen niet verdragen? zo ja, welke reactie vertoont uw kind dan? ja <input type="checkbox"/> /nee <input type="checkbox"/>
Eet/drinkt uw kind genoeg? ja <input type="checkbox"/> /nee <input type="checkbox"/>
Hoe is de stoelgang/plast uw kind genoeg? Frequentie, kleur en consistentie
Kan uw kind slecht inslapen of doorslapen?
Hoe is/was de slaap/lichouding van uw kind? Eventuele voorkeurshouding van hoofd/lichaam?
Hoe is/was de motorische ontwikkeling van uw kind?
Opmerkingen betreffende gezondheid van uw kind (ziektes, operaties, ongevallen, inentingen) .