

Integrale Geneeswijze, Praktijk Rijksstraatweg, Haarlem



OSTEOPATHIE
H.J.M. Konings
Tel.: 023-5379487



MESOLOGIE
A. Hillege
Tel.: 023-5372358

Praktijk Rijksstraatweg, Rijksstraatweg 250^a, 2022 DJ Haarlem

Datum: _____ Osteopaat/Mesoloog: _____

Intake dd: _____ Tijd: _____

VRAGENLIJST VOOR KINDEREN

Geachte Mevrouw, Meneer, (verzorgers)

Wilt u de volgende vragen aandachtig doorlezen en ze zo nauwkeurig mogelijk beantwoorden. Bij het intake-gesprek zullen de gegevens met u worden besproken. Uiteraard blijven de gegevens strikt beroepsgeheim. Dank voor uw bereidwillige inspanning.

Naam: _____ Voornaam: _____ Voorlrs: _____

Voornaam moeder: _____ Voornaam vader: _____

Adres: _____ Postcode: _____

Woonplaats: _____ Geboortedatum: _____ M / V

Verzekering: _____ E-mail adres ouder(s)/verzorger(s) _____

Telefoon overdag: _____ Bij geen gehoor tel.nr.: _____

School: _____ Groep/klas: _____

Sport, Hobby, Vrije tijd: _____

Medicijngebruik: _____

Homeopathische middelen: _____

Huisarts: _____ Tel.nr.: _____

Specialist: _____ Tel.nr.: _____

Therapeut: _____ Tel.nr.: _____

Door wie bent u geïnformeerd / geadviseerd: _____

Wat is de voornaamste klacht van uw kind? _____

Wanneer is deze begonnen en onder welke omstandigheden? _____

Wilt u aangeven waar het kind de klachten voelt en littekens heeft? _____

Hoe maakt uw kind zijn / haar klacht kenbaar? _____

Integrale Geneeswijze, Praktijk Rijksstraatweg, Haarlem

Is er een regelmaat of patroon in de klachten te ontdekken? _____

Welke omstandigheden geven verbetering? (bv. koude, warmte, rust, stress, honger, eten, lichaams-
houding, beweging): _____

En verergering? _____

Wat is er eerder aan deze klacht gedaan? _____

Zijn er naast de hoofdklacht nog BIJKOMENDE KLACHTEN?

1. _____

2. _____

3. _____

Hoe is de gezinssamenstelling? _____

Het hoeveelste kind gaat het om? _____

Familiare ziekten: Erfelijke aandoeningen (hart- en vaatziekten, reuma, kanker, suikerziekte, huidaandoeningen, ect.) en niet-erfelijke aandoeningen

Moeder: _____

Vader: _____

Overige familieleden: _____

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

Bent u gedurende de zwangerschap ziek geweest, zo ja, welke? _____

Heeft u medicijnen geslikt tijdens uw zwangerschap: Zo ja, welke, waarvoor en wanneer?

Hoe verliep de bevalling? _____

Andere bevallingen? _____

Integrale Geneeswijze, Praktijk Rijksstraatweg, Haarlem

Welke inenting(en) heeft uw kind reeds gehad? _____

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

Welke (kinder)ziekten heeft uw kind gehad? _____

Waar is uw kind het meeste ziek van geweest? _____

Hoe verliep / verloopt 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, hoe laat? _____

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

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

Hoe lang heeft uw kind borstvoeding gehad? _____

Hoe gaat uw kind om met het eten? _____

Welke spijs(en) en / of drank(en) liggen uw kind niet goed? _____

Heeft uw kind grote behoefte aan zoetheid? JA / NEE _____

Gaat het met uw kind goed op school: zo niet, waarom niet? _____

Maakt uw kind makkelijk / moeilijk vriend(innet)jes? _____

Hoe gaat uw kind om met ouderlijk gezag? _____

Integrale Geneeswijze, Praktijk Rijksstraatweg, Haarlem

Beschrijving kind:

Kunt u zo veel mogelijk onderstaand omcirkelen, hoe uw kind te beschrijven is:

Is uw kind:

- | | | |
|---|----|-----|
| • Jantje lacht, Jantje huult | ja | nee |
| • Snel op zijn tenen getrapt | ja | nee |
| • Een 'moederkindje' | 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 e.d. | ja | nee |
| • Klein voor zijn leeftijd | ja | nee |
| • Groot voor zijn leeftijd | ja | nee |
| • Snel moe | ja | nee |
| • Bang om alleen te zijn | ja | nee |

Bang voor: _____

Heeft uw kind:

- | | | |
|------------------------------|----|-----|
| • Een slechte concentratie | ja | nee |
| • Veel vriend(innet)jes | 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, behoefte aan iets anders dan zoetheid? _____

Heeft uw kind:

- | | | |
|---|----|-----|
| • Last van eczeem (of vroeger last van gehad) | ja | nee |
| • Last van wratten | ja | nee |
| • Last van diarree | ja | nee |
| • Last van obstipatie | ja | nee |
| • Last van een allergie | ja | nee |

Zo ja, welke allergie? _____

Vindt uw kind:

- | | | |
|---|----|-----|
| • Het prettig om aangehaald te worden | ja | nee |
| • Het vervelend om aangehaald te worden | ja | nee |

Heeft uw kind (baby) :

- | | | | |
|---------------------------------------|--------|-------|-----|
| • Een normale motorische ontwikkeling | ja | nee | |
| • Een voorkeur met het hoofd naar : | rechts | links | nee |

Heeft u zelf nog aanvullende informatie:

MEER PAPIER NODIG VOOR MEER ANTWOORDEN, GRAAG ZELF TOEVOEGEN!!!!!!