

Geachte heer/mevrouw,

Wilt u de onderstaande vragen aandachtig doorlezen en zo nauwkeurig mogelijk beantwoorden. De gegevens worden met u doorgenomen tijdens het eerste consult. Uiteraard blijven deze gegevens strikt geheim. Dank voor uw inspanning

Naam: Voornaam:

Adres: Postcode:

Woonplaats: Geboortedatum:

Telefoonnummer: email

School: Sport/hobby

Medicijngebruik:

Huisarts: tel nr

Wat is de voornaamste klacht van uw kind?

Medische diagnose

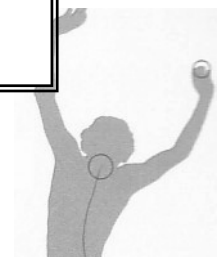
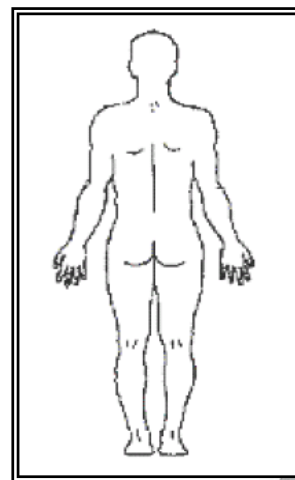
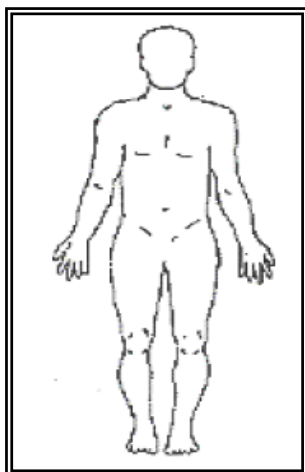
Wanneer is deze begonnen en onder welke omstandigheden?.....

.....

Is er een regelmaat of patroon in zijn/haar klachten te ontdekken?

.....

Wilt u op de onderstaande figuren de locatie van zijn/haar klachten aangeven?



Hoe maak uw kind zijn/haar klachten kenbaar?

.....

Welke omstandigheden geven verbetering? (denk aan; koud, warm, rust, beweging, liggen, staan, stress, ontspanning)

.....

Welke omstandigheden geven verergering?..

Wat is er eerder aan deze klacht gedaan ?

.....

Zijn er naast de hoofdklacht nog bijkomende klachten?

1

2

3

Komen er bepaalde ziekten (Erfelijk en niet-erfelijk) in uw familie vaker voor? (hart- en vaatziekten, reuma, diabetes, etc)..... Zo ja

Vader

Moeder

Overige familie

Is de zwangerschap van goed verlopen ? Zo nee, wat,wanneer ging het niet goed?

.....

.....

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

.....

.....

Hoe verliep de bevalling?.....

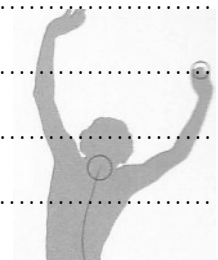
.....

Hoe verliepen eerdere bevallingen?.....

.....

Welke inentingen heeft uw kind al gehad?....

.....



Hoe reageerde uw kind hierop? Ziek / niet ziek / koorts / geen koorts / onrustig?.....

Welke (kinder-)ziektes heeft uw kind gehad?

Waar is uw kind het meest ziek van geweest?

Is uw kind geopereerd? Zo ja, wat voor operatie?

Heeft uw kind al volledig melk gebit? Ja / Nee / mee bezig.

Hoe verliep / verloopt het tanden krijgen?

Is uw kind 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/breig/ zacht/waterig/

Kleur: wit/lichtbruin/geelbruin/donkerbruin/zwart

Hoe lang heeft uw kind borstvoeding gehad?

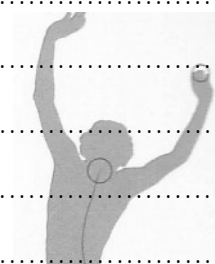
Hoe gaat uw kind om met eten?

Welke spijsen of dranken liggen uw kind niet goed?

Heeft uw kind grote behoefte aan zoetheid? Ja / Nee

Gaat het goed met uw kind op school? Ja / Nee. Zo nee, waarom niet?.....

Maakt uw kind makkelijk of moeilijk vriendjes of vriendinetjes?



Beschrijving kind:

Kunt u zo veel mogelijk omcirkelen wat van toepassing is op uw kind?

Is uw kind:

- ✓ Jantje lacht, Jantje huilt ja/nee
- ✓ Snel op zijn/haar 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 leeftijd ja/nee
- ✓ Groot voor 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 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

Behoeftte aan iets anders dan zoetheid?

Heeft uw kind:

- ✓ Last van eczeem (of gehad) ja/nee
- ✓ Last van wratten ja/nee
- ✓ Last van diarree ja/nee
- ✓ Last van obstipatie ja/nee
- ✓ Last van 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 u zelf nog aanvullende informatie?

.....
.....

