* **Intake formulier kinderen / baby’s Osteopathie Praktijk De Vos**

Geachte Mevrouw, Meneer,

Wilt u onderstaande vragen aandachtig doorlezen en zo nauwkeurig mogelijk beantwoorden. Bij het intakegesprek zullen de gegevens met u worden besproken. Uiteraard blijven alle gegevens strikt beroepsgeheim en zullen patiëntgegevens onder alle geldende eisen worden bewaard. Bij voorbaat dank.

Naam : Voornaam :

Adres : Postcode :

Woonplaats: Geb. datum :

Tel (mobiel): E-mailadres:

Burgerservicenummer:

Sport, hobby, vrije tijd :

Medicijngebruik :

Huisarts : Vestigingsplaats:

* Ik maak bezwaar tegen verzending van een rapport naar mijn huisarts

Door wie bent u geïnformeerd / geadviseerd :

Wat is de voornaamste klacht ?:

Wanneer is deze klacht begonnen en onder welke omstandigheden ?:

Zijn er pijnklachten ? kunt u de aard van de pijn omschrijven (b.v. stekend, brandend, zeurend, schietend etc.):

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

Welke omstandigheden geven verbetering ? (b.v. koude, warmte rust, stress hoger, eten , lichaamshouding, beweging):

En welke verergering ?:

Hoe voelt uw kind / baby zich in het algemeen ? (verdrietig, angstig, rusteloos, geïrriteerd):

Zijn er momenten op een dag van inzinking ?:

Wordt uw kind / baby ’s nachts wakker, hoe laat ?:

Hoe is de stoelgang x dagelijks / x per week. Regelmatig / Onregelmatig

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

Is er een voor- of afkeur voor zoet, zuur, pikant, bitter?

Voorkeur: Afkeur:

Welke spijzen en/of dranken liggen niet goed ?:

Is er een grote behoefte aan zoetigheid ?: JA/NEE

Heeft of krijgt uw baby / kind borstvoeding ? :

Zo niet, welke voeding krijgt hij dan:

Drinkt uw kind / baby melkproducten (geen bortsvoeding), zo ja hoeveel ?:

Zijn er buiten de reden voor het bezoek nog recente bijkomende klachten ?:

1

2

3

Familiare ziekten: Erfelijke en niet erfelijke aandoeningen

Moeder:

Vader:

Overige familieleden:

Hoe is de gezinssamenstelling ? :

Wilt u op deze pagina aankruisen welke punten voor uw kind / baby van toepassing zijn.

De linker kolom is voor **oude** klachten , de rechterkolom is voor **recente** klachten

\*Bij de keuze mogelijkheden graag doorhalen wat niet van toepassing is

Hoe was de zwangerschap ?:

Gebruikte u medicatie tijdens de zwangerschap ?:

Hoe was de bevalling: normale bevalling / keizersnede / tang of vacuümverlossing ? :

Met hoeveel weken werd uw kind geboren ?:

Heeft uw baby in de couveuse gelegen ? , hoe waren de eerste dagen na de bevalling ?:

|  |  |
| --- | --- |
| ***Algemeen***⭘ ⭘ Hoofdpijn: dagelijks/ wekelijks / maandelijks \*Waar in het hoofd ?:⭘ ⭘ Slapeloosheid⭘ ⭘ Slecht slapen⭘ ⭘ Gewichtsveranderingen: Toename / Afname \*⭘ ⭘ Overstrekken ⭘ ⭘ Vermoeidheid:continu/ochtend/middag/ avond \*⭘ ⭘ Allergie:***Luchtwegen/ KNO***⭘ ⭘ Chronisch hoesten⭘ ⭘ Chronisch verkouden⭘ ⭘ Astma ⭘ ⭘ Keelpijn / keelontstekingen⭘ ⭘ Sinusitis⭘ ⭘ Oorontstekingen***Hart en bloedvaten***⭘ ⭘ ***Urinewegen***⭘ ⭘ Pijn bij het plassen ⭘ ⭘ Blaasontsteking⭘ ⭘ Verandering urineZindelijk JA / NEE***Maag en darmen***⭘ ⭘ Darmontstekingen⭘ ⭘ Verstoppingen⭘ ⭘ Diarree⭘ ⭘ Opgeven v/d voeding⭘ ⭘ Opgezette buik⭘ ⭘ Misselijkheid⭘ ⭘ Winderigheid⭘ ⭘ Buikpijn / krampen \*⭘ ⭘ Overig:  | ***Spieren en gewrichten***⭘ ⭘ Gespannen / slappe spieren\*⭘ ⭘ Lage rugpijn⭘ ⭘ Nekpijn⭘ ⭘ Tintelingen / uitstraling⭘ ⭘ Spierpijnen / krampen \*⭘ ⭘ Bewegingsbeperking⭘ ⭘ Langzame motorische ontwikkeling (kruipen / lopen) ***Huid***⭘ ⭘ Eczeem / uitslag \*⭘ ⭘ Snel blauwe plekken ⭘ ⭘ Droge huid ⭘ ⭘ Overmatige transpiratie ⭘ ⭘ Jeuk***Gesteldheid***⭘ ⭘ Schrikkerig⭘ ⭘ Onzeker⭘ ⭘ Traag in ontwikkeling ⭘ ⭘ Concentratiezwakte⭘ ⭘ Angst⭘ ⭘ Veel piekeren⭘ ⭘ Lusteloosheid⭘ ⭘ Opkroppen⭘ ⭘ Weinig zelfvertrouwen⭘ ⭘ Verdriet, droefheid⭘ ⭘ Besluiteloosheid⭘ ⭘ Agressief tegen andere kinderen / ouders \*⭘ ⭘ Overig: |

***Ziektegeschiedenis***

Kunt u zo chronologisch mogelijk beschrijven:

* Welke ziekten uw kind / baby heeft gehad, operaties en behandelingen, ook kleine zaken als eczeem reactie op vaccinatie, etc.
* De doorgemaakte kinderziekten
* Belangrijke ontwikkelingen in het leven van uw kind / baby
* Bezoeken aan het buitenland (buiten europa)

|  |  |
| --- | --- |
| LEEFTIJD | ZIEKTE / KLACHT / ZWANGERSCHAP / ONTWIKKELING |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Is uw kind / baby afgezien van bovenstaande gegevens, ooit onder behandeling geweest van een fysiotherapeut, manueel therapeut, specialist of alternatief genezer (bijvoorbeeld homeopaat, chiropractor, acupuncturist)

Welke ziekte of belangrijke ontwikkeling was het meest ingrijpend ?