|  |
| --- |
| Intake formulier minderjarigen |
| **Algemeen** |  |
| Naam kind |  |
| Geb. datum |  |
| Adres |  |
| Woonplaats |  |
| Postcode |  |
| Tel.nr ouder |  |
| Email ouder |  |
|  |  |
| Beroep ouders (vanwege mogelijke belastende factoren) |  |
| Evt bijbaan kind |  |
|  |  |
| Huisarts |  |
| Specialist |  |
| Andere behandelaars |  |
| Huisdieren |  |
| **Goedkeur** |  |
| Goedkeur ouder/ voogd 1 (naam) |  |
| Goedkeur ouder/ voogd 2 (naam) |  |
| **Ziektegeschiedenis en hoofdklacht** |  |
| Hoofdklacht? |  |
| Andere klachten? |  |
| Gebruikt hiervoor medicatie? |  |
| Andere medicatie? |  |
| Diagnose gesteld? |  |
| Door wie? |  |
| Ziektegeschiedenis? |  |
| Vergelijkbare klachten bij ouders? ”Zit in de familie”? |  |
| **Behandelingen** |  |
| Operatie(s)?  | Ja / Nee |
| Wanneer en welke? |  |
| Onder narcose?  | Ja / Nee |
| Littekens of hechtingen?  | Ja / Nee |
| Waar? |  |
| Bloedtransfusie gehad? | Ja / Nee |
| Andere therapieën gedaan? | Ja / Nee |
| Zo ja, welke en wat was de uitkomst? |  |
| **Zwangerschap** |  |
| Hoe is de zwangerschap verlopen? |  |
| Hoe is de bevalling verlopen? |  |
| Waren er complicaties? Zo ja, welke? |  |
| **Vaccinatie** | Ja / Nee |
| Gevaccineerd?  | Ja / Nee |
| Wanneer en waarvoor? |  |
| Zijn de klachten ontstaan na de laatste vaccinatie? | Ja / Nee |
| **Algemeen welzijn** |  |
| Hersenschudding gehad?  | Ja / Nee |
| Oorzaak? |  |
| Vaak oorpijn? | Ja / Nee |
| Vaak verkouden? | Ja / Nee |
| Amandel problemen? |  |
| Klaagt over de ogen? | Ja / Nee |
| Slappe spieren? | Ja / Nee |
| Houdt snel vocht vast? | Ja / Nee |
| Snel overprikkeld (geluid, licht, beweging)?  | Ja / Nee |
| Snel blauwe plekken? | Ja / Nee |
| Klaagt over lichamelijke klachten? | Ja / Nee |
| Zo ja, waarover/ waar? |  |
| Klaagt over koude handen en/of voeten?  | Ja / Nee |
| **Dag en nacht ritme** |  |
| Onrustig overdag? |  |
| Energie dip of hyperactief op bepaald tijdstip? |  |
| Slaapt snel in? | Ja / Nee |
| Slaapt goed door/ vroeg wakker? | Ja / Nee |
| Indien wakker s’avonds of s’nachts, hoe laat? |  |
| Moet ’s nachts vaak plassen? welk tijdstip | Ja / Nee |
| Hoe is de ontlasting?(kleur, stevigheid, veel of weinig afvegen)? |  |
| **Beweging** |  |
| “Onhandig” bijv, vaak struikelen of vallen? | Ja / Nee |
| Sport/bewegen?  | Ja / Nee |
| Wat en hoe vaak? |  |
| **Voeding** |  |
| Hoe ziet het gemiddeld dagmenu er uit?:  |  |
| Ochtend |  |
| Middag |  |
| Avond |  |
| Tussendoor |  |
| Eet alles | Ja / Nee |
| Wat vooral niet |  |
| Wat en hoeveel wordt er gedronken op een dag?  |  |
| Snoept veel?  | Ja / Nee |
| Gebruikt u de magnetron?  | Ja / Nee |
| **Gebit** |  |
| Amalgaam (grijze vullingen) in gebit kind en of moeder?  | Ja / Nee |
| Tandenknarsen? | Ja / Nee |
| Snel/ veel gaatjes? | Ja / Nee |
| **Aanvullend voor jonge vrouwen:** |  |
| Anticonceptiepil?  | Ja / Nee |
| Hoe is de menstruatie? |  |
|  |  |
| Wat wilt u nog kwijt? |  |
|  |  |
| Dank voor uw medewerking, uiteraard gaan we zeer vertrouwelijk met uw gegevens om, zonder uw uitdrukkelijke toestemming worden deze niet doorgegeven aan derden. |
| Plaats  |  |
| Datum  |  |
| Handtekening  |  |