



Intakeformulier Holistische Babytherapie

Persoonsgegevens

Gegevens baby

- Voor- en achternaam:
- Geboortedatum:
- Leeftijd:
- Geslacht:

Gegevens ouder(s)/verzorger(s)

- Naam ouder/verzorger 1:
- Naam ouder/verzorger 2:
- Adres:
- Postcode en woonplaats:
- Telefoonnummer:
- E-mailadres:

Hulpvraag

1. Wat is de belangrijkste reden voor de aanmelding?

.....

2. Sinds wanneer speelt dit?

.....

3. Wat hoopt u met de therapie te bereiken?

.....

Zwangerschap

- Was de zwangerschap gepland?
- Hoe heeft u de zwangerschap ervaren?
- Waren er lichamelijke klachten?
- Was er sprake van stress, verdriet of ingrijpende gebeurtenissen?
- Medicijngebruik tijdens de zwangerschap?



- Roken, alcohol of andere middelen?
 - Zwangerschapscomplicaties (bijvoorbeeld hoge bloeddruk, zwangerschapsdiabetes)?
 - Bijzonderheden:
-

Bevalling

- Zwangerschapsduur bij geboorte:
 - Type bevalling:
 - ☐ Spontaan
 - ☐ Inleiding
 - ☐ Keizersnede
 - ☐ Vacuüm
 - ☐ Tangverlossing
 - Duur van de bevalling:
 - Waren er complicaties?
 - Apgar-score (indien bekend):
 - Geboortegewicht:
 - Bijzonderheden rondom de geboorte:
-

Eerste periode na de geboorte

- Hoe verliepen de eerste uren en dagen?
- Is uw baby opgenomen geweest?
- Huid-op-huidcontact direct na de geboorte?
- Borstvoeding of flesvoeding?
- Problemen met drinken of aanhappen?
- Geelzucht of andere medische bijzonderheden?

Gezondheid

- Is uw baby onder behandeling van een arts of specialist?
- **Naam huisarts:**
.....
- **Naam consultatiebureau / kinderarts:**
.....
- Gebruikt uw baby medicatie?
- Allergieën of voedselintoleranties?
- Operaties of ziekenhuisopnames?
- Vaccinaties volgens schema?
- Andere therapieën of behandelingen?



Ontwikkeling

- Hoe ervaart u de motorische ontwikkeling?
- Hoe reageert uw baby op prikkels?
- Is uw baby gemakkelijk te troosten?
- Hoe verloopt het contact met u?

Slaap

- Hoeveel slaapt uw baby gemiddeld?
- Moeite met inslapen?
- Vaak wakker?
- Slaapt uw baby overdag?
- Waar slaapt uw baby?

Voeding

- Borstvoeding / flesvoeding / vaste voeding
- Frequentie van voedingen
- Reflux of spugen?
- Darmkrampjes?
- Obstipatie of diarree?

Gedrag

Zijn één of meerdere van onderstaande van toepassing?

- ☐ Veel huilen
- ☐ Onrust
- ☐ Overstrekken
- ☐ Voorkeurshouding
- ☐ Moeite met ontspannen
- ☐ Schrikachtig
- ☐ Overgevoelig voor geluid
- ☐ Overgevoelig voor aanraking
- ☐ Weinig oogcontact
- ☐ Anders, namelijk:

.....

Gezin

- Zijn er broertjes of zusjes?
- Hoe ervaart u de gezinssituatie?
- Zijn er recente veranderingen of ingrijpende gebeurtenissen geweest?



Medische voorgeschiedenis ouders

Zijn er erfelijke aandoeningen of bijzonderheden die van belang kunnen zijn?

.....

Holistische visie

- Hoe zou u het karakter van uw baby omschrijven?
- Wat voelt u dat uw baby u wil laten zien of vertellen?
- Zijn er gebeurtenissen waarvan u denkt dat ze invloed hebben gehad op uw baby?
- Zijn er emoties of spanningen binnen het gezin die u wilt delen?

Aanvullende informatie

Is er nog iets dat belangrijk is om te weten?

.....

.....

Toestemming

Ik verklaar bovenstaande gegevens naar waarheid te hebben ingevuld en geef toestemming voor het verwerken van mijn gegevens ten behoeve van de behandeling, conform de geldende privacywetgeving.

Naam ouder/verzorger:

.....

Datum:

.....

Handtekening:

.....