



KONINGS
OSTEOPATHIE

Osteopathie H.J.M. Konings
Rijkstraatweg 250 A
Ingang Jan Gijzenkade 254
2022 DJ HAARLEM
Tjalkstraat 6
1826 DT ALKMAAR
06-44758719
huibkonings@osteopaat.nl

Intakeformulier osteopathie® kind - 0 tot 4 jaar

Afspraak met: _____

Datum: _____ Tijd: _____

Algemeen persoonlijke gegevens

Naam: _____ M V E-mailadres: _____

Voornaam: _____ Geboortedatum: _____ BSN: _____

Adres: _____ Telefoon/mobiel: _____

Postcode: _____ Woonplaats: _____ Zorgverzekeraar: _____

Handtekening moeder:

Handtekening vader:

(Voor)naam moeder: _____ (Voor)naam vader: _____

Handtekeningen van beide ouders zijn verplicht

Klachten

Wat is de voornaamste klacht:

Welke bijkomende klachten heeft uw kind:

Wanneer is/zijn deze ontstaan: _____

Was er een aanleiding: _____

Hoe maakt uw kind de klacht(en) kenbaar: _____

Zijn er omstandigheden die verbetering geven: _____

Zijn er omstandigheden die verergering geven: _____

Is er een regelmaat of patroon te ontdekken: _____

Is/zijn de klacht(en) periode-afhankelijk, bijvoorbeeld tijd, dag, maand, seizoen:

Is er sprake van pijn: ja nee

Aanvulling:

Medische gegevens

Huisarts: _____ Telefoon: _____

Is uw kind onder behandeling van een specialist/kinderarts, naam: _____ Telefoon: _____

Door wie bent u geïnformeerd/geadviseerd: _____

Gebruikt uw kind op dit moment medicatie?

Naam medicatie	Merk	Gebruik	Hoeveelheid
_____	_____	_____ x daags	_____
_____	_____	_____ x daags	_____

Gebruikt uw kind op dit moment andere middelen die zijn voor geschreven door anderen of op uw eigen initiatief, bijvoorbeeld (voedings)supplementen, paracetamol, neusspray of slaaptabletten? Gelieve deze 24 uur voor het consult niet meer innemen

Middel	Merk	Gebruik	Hoeveelheid
_____	_____	_____ x daags	_____
_____	_____	_____ x daags	_____

Persoonlijke kenmerken

Hoe laat gaat uw kind naar bed: _____ uur Komt uw kind dan makkelijk in slaap: ja nee

Wordt uw kind 's nachts wakker: ja nee Hoe laat: _____ uur

Is uw kind zindelijk overdag: ja nee Zindelijk 's nachts: ja nee

Heeft uw kind het volledige melkgebit: ja nee Is uw kind al aan het tanden wisselen: ja nee

Hoe verloopt dit: _____

Is uw kind traag met: staan lopen praten

Speelt uw kind graag: alleen samen binnen buiten

Is uw kind: groot voor de leeftijd klein voor de leeftijd

Frequentie van de stoelgang van uw kind: _____ x dagelijks/ _____ x per week → regelmatig onregelmatig

Consistentie van de stoelgang: vast brijig zacht waterig

Kleur van de stoelgang: wit lichtbruin geelbruin donkerbruin zwart groen

Transpireert uw kind: veel weinig Waar: _____

Huilt uw kind veel: ja nee Kunt u dit in uren benoemen: _____

Hoe voelt uw kind zich in het algemeen: _____

Geef een korte beschrijving van uw kind: _____

Graag aankruisen waar u uw kind in herkent:

- | | | | |
|---|--|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Bang om alleen te zijn | <input type="checkbox"/> Boos | <input type="checkbox"/> Traag | <input type="checkbox"/> Fijn om te knuffelen |
| <input type="checkbox"/> Hyperactief | <input type="checkbox"/> Jantje lacht Jantje huult | <input type="checkbox"/> Driftig | <input type="checkbox"/> Vervelend om te knuffelen |
| <input type="checkbox"/> Jaloers | <input type="checkbox"/> Schrikkerig | <input type="checkbox"/> Vrolijk | <input type="checkbox"/> Moederskindje |

Aanvulling: _____

Leefsituatie en familie

Gaat uw kind naar een kinderdagverblijf: ja nee

Gezinssamenstelling (broers, zussen, ouders, co-ouderschap): _____

Welke ziekten en of aandoeningen (wel/niet erfelijk) komen er in de familie voor?

Aan moeders kant: _____

Aan vader kant: _____

Anders: _____

Aanvulling:

Historie

Is uw kind al eens geopereerd: ja nee Waarvoor: _____

Heeft uw kind antibiotica gebruikt: 1 keer regelmatig heel vaak langdurig

Heeft uw kind borstvoeding gehad: ja nee Hoe lang: _____

Heeft uw kind vaccinaties gehad i.v.m: reizen griep rijksvaccinatieprogramma

Welke kinderziektes heeft uw kind doorgemaakt: _____

Is de zwangerschap van uw kind goed verlopen: ja nee Wanneer ging het niet goed: _____

Wat ging er niet goed: _____

Heeft u tijdens de zwangerschap medicijnen geslikt: ja nee Welke: _____

Wanneer: _____ Waarvoor: _____ Hoe lang: _____

Hoe verliep de bevalling:

Waren er complicaties:

Is er tijdens de bevalling ingegrepen: ja nee vacuüm tang keizersnede knip

Hoe is uw baby te vroeg ingedaald: ja nee

Is er tijdens de bevalling flink op de buik gedrukt ja nee

Heeft de navelstreng rond de hals gezeten: ja nee

Hoe zat de navelstreng rond de hals: _____

Is uw kind aan het overstrekken: ja nee

Voorkeur van het hoofd naar: links rechts geen voorkeur

Is er een normale motorische ontwikkeling: ja nee

Heeft uw baby last (gehad) van darmkrampen: ja nee

Heeft uw baby last (gehad) van kleding over het hoofd: ja nee

Heeft uw baby last (gehad) van armpjes in de mouwtjes: ja nee

Aanvulling

Voedingsgewoonten

Heeft/krijgt uw kind flessenvoeding (gehad): ja nee Welke merk/soort: _____

Heeft uw kind grote behoefte aan zoetheid: ja nee Wat krijgt hij/zij dan: _____

Welke voedingsmiddelen of dranken liggen uw kind niet goed: _____

Aanvulling:

Allergie/Overgevoeligheden

Allergie/overgevoeligheid voor: gluten koemelkeiwit lactose hooikoorts huisstofmijt
 vruchten insecten sieraden paracetamol antibiotica

Aanvulling:

Huid

Huid: vet droog jeuk uitslag eczeem (gehad) slechte wondgenezing wratten

Littekens: ongeval operatie

Waar heeft uw kind littekens:

Aanvulling:

Spijvertering

soms vaak

Buikpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obstipatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Winderigheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reflux (spugen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verborgene reflux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aanvulling:

Luchtwegen/KNO

soms vaak

Ontstoken holtes (sinusitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oorpijn/ontsteking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ademhaling:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> benauwd <input type="checkbox"/> kortademig		
Astma	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Chronisch verkouden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee

Aanvulling:

Overig Meer papier nodig voor antwoorden, graag zelf toevoegen