



**KONINGS**  
O S T E O P A T H I E

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 - middelbare school

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 je voornaamste klacht:

Welke bijkomende klachten heb je:

Wanneer is/zijn deze ontstaan: \_\_\_\_\_

Was er een aanleiding: \_\_\_\_\_

Hoe uit(en) deze zich: \_\_\_\_\_

Welk cijfer zou je je gezondheid nu geven (1 = slechtst, 10 = best): \_\_\_\_\_

Zijn er omstandigheden die verbetering geven: \_\_\_\_\_

Zijn er omstandigheden die verergering geven: \_\_\_\_\_

Is er een regelmaat of patroon te ontdekken: \_\_\_\_\_

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

Is er sprake van pijn?  ja  nee

Zo ja, wat is de aard van de pijn:  stekend  brandend  zeurend  schietend

kloppend  dof  snijidend

Aanvulling:

## Leefsituatie

School: \_\_\_\_\_ Niveau: \_\_\_\_\_ Klas: \_\_\_\_\_

Gezinssamenstelling (broers, zussen, ouders, co-ouderschap): \_\_\_\_\_

Werk je (of bijbaan): \_\_\_\_\_

Wat doe je voor sport/hobby/vrije tijd: \_\_\_\_\_

Hoeveel tijd per dag: zit je achter de (spel)computer: \_\_\_\_\_ kijk je televisie: \_\_\_\_\_

besteed je aan je huiswerk: \_\_\_\_\_ beweeg je: \_\_\_\_\_

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

Je lengte: \_\_\_\_\_ m Je gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Hoe voel je je in het algemeen: \_\_\_\_\_

Hoe laat ga je naar bed: \_\_\_\_\_ uur Kom je dan makkelijk in slaap:  ja  nee

Word je 's nachts wakker, hoe laat: \_\_\_\_\_ uur

Frequentie van de stoelgang: \_\_\_\_\_ 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

Transpireer je:  veel  weinig  niet  sterk ruikend

Draag je een beugel?  ja  nee Heb je een spalkje/draadje (na de beugel)?  ja  nee

Graag aankruisen waar je jezelf in herkent:

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Angstig                 | <input type="checkbox"/> Boos            | <input type="checkbox"/> Perfectionistisch     | <input type="checkbox"/> Piekeren                        |
| <input type="checkbox"/> Hyperactief             | <input type="checkbox"/> Verdrietig      | <input type="checkbox"/> Praat makkelijk       | <input type="checkbox"/> Het gevoel er niet bij te horen |
| <input type="checkbox"/> Depressief              | <input type="checkbox"/> Veel vrienden   | <input type="checkbox"/> Rustig                | <input type="checkbox"/> Bezorgd                         |
| <input type="checkbox"/> Zenuwachtig             | <input type="checkbox"/> Weinig vrienden | <input type="checkbox"/> Veel zelfvertrouwen   | <input type="checkbox"/> Blij                            |
| <input type="checkbox"/> Moeite met concentreren | <input type="checkbox"/> Opkroppen       | <input type="checkbox"/> Weinig zelfvertrouwen | <input type="checkbox"/> Ik word gepest                  |

Aanvulling \_\_\_\_\_

## Historie en familie

Welke ziekten, operaties, ongevallen, behandelingen en/of emotionele gebeurtenissen heb je in je leven doorgemaakt:

Welke ziekte of aandoening was het zwaarst in je leven: \_\_\_\_\_

Welke kinderziektes heb je doorgemaakt: \_\_\_\_\_

Heb je antibiotica gebruikt:  1 keer  regelmatig  heel vaak  langdurig

Heb je buiten Europa gereisd:  ja  nee Waar: \_\_\_\_\_

Heb je vaccinaties gehad i.v.m:  reizen  griep  rijksvaccinatieprogramma

Ben je in het verleden onder behandeling geweest van een andere therapeut/specialist, bijvoorbeeld cardioloog, internist, mesoloog, osteopaat, acupuncturist of homeopaat: \_\_\_\_\_

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

Moeder: \_\_\_\_\_ Vader: \_\_\_\_\_

Anders: \_\_\_\_\_

Aanvulling

## Voedingsgewoonten

Eet je:  vegetarisch  veganistisch Anders: \_\_\_\_\_

Heb je een voorkeur voor:  zoet  zout  zuur  pikant  bitter

Heb je een afkeur voor:  zoet  zout  zuur  pikant  bitter

Welke voedingsmiddelen of dranken liggen je niet goed: \_\_\_\_\_

Heb je grote behoefte aan zoetheid:  ja  nee Wat neem je dan: \_\_\_\_\_

Drink je water:  ja  nee Hoeveel: \_\_\_\_\_ (Liters)

Drink je koffie:  ja  nee Hoeveel: \_\_\_\_\_

Drink je wel eens alcohol:  ja  nee Hoeveel: \_\_\_\_\_

Rook je:  ja  nee Hoeveel: \_\_\_\_\_

Gebruik je wel eens drugs:  ja  nee Wat en hoeveel: \_\_\_\_\_

Aanvulling:

## Allergie/Overgevoeligheden

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

Aanvulling

**Algemeen**

	soms	vaak
Migraine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duizeligheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Extreme uitputting na inspanning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SOA (gehad)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Gewichtsverandering:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> toename <input type="checkbox"/> afname		
Vermoeidheid:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> continu <input type="checkbox"/> ochtend <input type="checkbox"/> middag <input type="checkbox"/> avond		
Hoofdpijn:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> dagelijks <input type="checkbox"/> wekelijks <input type="checkbox"/> maandelijks		
Waar in het hoofd: _____		
Aanvulling:		

**Circulatie**

	soms	vaak
Opgezette klieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bloedarmoede (anemie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koude handen en voeten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aanvulling		

**Spiere en gewrichten**

	soms	vaak
Spiere:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> slap <input type="checkbox"/> gespannen <input type="checkbox"/> pijnlijk <input type="checkbox"/> krampen		
Rugpijn:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> hoog <input type="checkbox"/> midden <input type="checkbox"/> laag		
Aanvulling		

**Huid/Haar/Nagels**

Huid: <input type="checkbox"/> vet <input type="checkbox"/> droog <input type="checkbox"/> uitslag <input type="checkbox"/> eczeem (gehad)
<input type="checkbox"/> jeuk <input type="checkbox"/> acne <input type="checkbox"/> slechte wondgenezing
Littekens: <input type="checkbox"/> ongeval <input type="checkbox"/> operatie
Waar heb je littekens: _____
Aanvulling

**Spijvertering**

	soms	vaak
Buikkrap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Misselijkheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Winderigheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Borrelende buik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obstipatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarree	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bloed bij de ontlasting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slijm bij de ontlasting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Droge mond	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slechte adem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opgeblazen gevoel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anus: <input type="checkbox"/> jeuk <input type="checkbox"/> kramp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brandend maagzuur (reflux):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> altijd <input type="checkbox"/> na de maaltijd <input type="checkbox"/> 's nachts		
Aanvulling		

**Luchtwegen/KNO**

	soms	vaak
Ontstoken holttes (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 <input type="checkbox"/> hyperventilatie		
Astma	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	
Chronisch verkouden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	
Aanvulling:		

**Urinerwegen**

	soms	vaak
Pijn bij het plassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blaasontsteking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bedplassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aanvulling:		

**Vrouw**

Indien van toepassing, leeftijd van je eerste menstruatie: \_\_\_\_\_ jaar

Gebruik je de pil:    ja    nee   Welke: \_\_\_\_\_

Vaginale klachten    ja    nee    afscheiding    infecties    jeuk

Menstratieklachten    ja    nee    PMS    pijnlijk    hevig    langdurig    onregelmatig

Aanvulling Vrouw:

**Overig** Meer papier nodig voor antwoorden, graag zelf toevoegen