



**KONINGS**  
OSTEOPATHIE

Osteopathie H.J.M. Konings  
Rijkstraatweg 250 A  
Ingang Jan Gijzenkade 254  
2022 DJ **HAARLEM**  
Tjalkstraat 6  
1826 DT **ALKMAAR**

## 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:  nee  ja

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:  nee  jaWordt uw kind 's nachts wakker:  nee  ja Hoe laat: \_\_\_\_\_ uurIs uw kind zindelijk overdag:  nee  ja Zindelijk 's nachts:  nee  jaHeeft uw kind het volledige melkgebit:  nee  ja Is uw kind al aan het tanden wisselen:  nee  ja

Hoe verloopt dit: \_\_\_\_\_

Is uw kind traag met:  staan  lopen  pratenSpeelt uw kind graag:  alleen  samen  binnen  buitenIs uw kind:  groot voor de leeftijd  klein voor de leeftijdFrequentie van de stoelgang van uw kind: \_\_\_\_\_ x dagelijks/ \_\_\_\_\_ x per week →  regelmatig  onregelmatigConsistentie van de stoelgang:  vast  brijig  zacht  waterigKleur van de stoelgang:  wit  lichtbruin  geelbruin  donkerbruin  zwart  groenTranspireert uw kind:  veel  weinig Waar: \_\_\_\_\_Huilt uw kind veel:  nee  ja 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 huilt | <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:  nee  ja

Gezinsamenstelling (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:  nee  ja Waarvoor: \_\_\_\_\_

Heeft uw kind antibiotica gebruikt:  nee  1-2  3-5  6-12  13 of meer kuren

Heeft uw kind borstvoeding gehad:  nee  ja 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:  nee  ja Wanneer ging het niet goed: \_\_\_\_\_

Wat ging er niet goed: \_\_\_\_\_

Heeft u tijdens de zwangerschap medicijnen geslikt:  nee  ja Welke: \_\_\_\_\_

Wanneer: \_\_\_\_\_ Waarvoor: \_\_\_\_\_ Hoe lang: \_\_\_\_\_

Uw kind is bevallen na: \_\_\_\_\_ weken \_\_\_\_\_ dagen

Hoe verliep de bevalling:

Waren er complicaties:

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

Is uw baby te vroeg ingedaald:  nee  ja In welke week \_\_\_\_\_

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

Heeft de navelstreng rond de hals gezeten:  nee  ja

Hoe zat de navelstreng rond de hals: \_\_\_\_\_

Is uw kind aan het overstrekken:  nee  ja

Voorkeur van het hoofd naar:  links  rechts  geen voorkeur

Is er een normale motorische ontwikkeling:  nee  ja

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

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

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

Aanvulling

## Voedingsgewoonten

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

Heeft uw kind grote behoefte aan zoetheid:  nee  ja 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

Obstipatie

Winderigheid

Reflux (spugen)

Verborgene reflux

Aanvulling:

## Luchtwegen/KNO

soms vaak

Ontstoken holtes (sinusitis)

Oorpijn/ontsteking

Ademhaling:

benauwd  kortademig

Astma  nee  ja

Chronisch verkouden  nee  ja

Aanvulling:

Overig Meer papier nodig voor antwoorden, graag zelf toevoegen

Bent u bekend met het tarief en de voorwaarden (zie [www.osteopaat.nl/kosten-en-vergoedingen/](http://www.osteopaat.nl/kosten-en-vergoedingen/))  nee  ja Paraaf \_\_\_\_\_