



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: _____

Bent u bekend met het tarief en de voorwaarden (zie www.osteopaat.nl/kosten-en-vergoedingen/) nee ja Paraaf _____

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 kenmerkenHoe 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