



KONINGS
OSTEOPATHIE

Osteopathie H.J.M. Konings

Rijkstraatweg 250 A

Ingang Jan Gijzenkade 254

2022 DJ **HAARLEM**

Intakeformulier osteopathie® kind - 0 tot 4 jaar

Afspraak met: _____

Datum: _____ Tijd: _____

Algemeen persoonlijke gegevens

Naam: _____ ☐ M ☐ V E-mailadres: _____

Voornaam: _____ Geboortedatum: _____

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 kenmerken

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

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

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

Heeft 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 ☐ 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: ☐ 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:

- | | | | |
|---|--|----------------------------------|--|
| ☐ Bang om alleen te zijn | ☐ Boos | ☐ Traag | ☐ Fijn om te knuffelen |
| ☐ Hyperactief | ☐ Jantje lacht Jantje huilt | ☐ Driftig | ☐ Vervelend om te knuffelen |
| ☐ Jaloers | ☐ Schrikkerig | ☐ Vrolijk | ☐ Moederskindje |

Aanvulling:

Leefsituatie en familie

Gaat uw kind naar een kinderdagverblijf: ☐ nee ☐ ja

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: ☐ 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)	☐	☐
Verborgen 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