



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: _____

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 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? nee ja

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

kloppend dof snijvend

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: nee ja

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

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: nee 1-2 3-5 6-12 13 of meer kuren

Heb je buiten Europa gereisd: nee ja 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: nee ja Wat neem je dan: _____

Drink je water: nee ja Hoeveel: _____ (Liters)

Drink je koffie: nee ja Hoeveel: _____

Drink je wel eens alcohol: nee ja Hoeveel: _____

Rook je: nee ja Hoeveel: _____

Gebruik je wel eens drugs: nee ja 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"/> nee	<input type="checkbox"/> ja
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
Opgezetten 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		

Spielen en gewrichten	soms	vaak
Spielen:	<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
Buikkrimp	<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"/>
Brandend maagzuur (reflux):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> altijd <input type="checkbox"/> na de maaltijd <input type="checkbox"/> 's nachts		
Regelmatig bloedend tandvles bij poetsen <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja		
Anus: <input type="checkbox"/> jeuk <input type="checkbox"/> kramp <input type="checkbox"/>		
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"/> nee <input type="checkbox"/> ja		
Chronisch verkouden <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja		
Aanvulling:		

Urinenwegen	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: <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja Welke: _____
Vaginale klachten <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> afscheiding <input type="checkbox"/> infecties <input type="checkbox"/> jeuk
Menstratieklachten <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> PMS <input type="checkbox"/> pijnlijk <input type="checkbox"/> hevig <input type="checkbox"/> langdurig <input type="checkbox"/> onregelmatig
Aanvulling Vrouw:

Overig Meer papier nodig voor antwoorden, graag zelf toevoegen