



Osteopathie H.J.M. Konings
Rijkstraatweg 250 A
Ingang Jan Gijzenkade 254
2022 DJ **HAARLEM**

KONINGS

OSTEOPATHIE

Intakeformulier osteopathie® kind - middelbare school

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 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 ☐ snijndend

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:

- | | | | |
|--|--|--|--|
| ☐ Angstig | ☐ Boos | ☐ Perfectionistisch | ☐ Piekeren |
| ☐ Hyperactief | ☐ Verdrietig | ☐ Praat makkelijk | ☐ Het gevoel er niet bij te horen |
| ☐ Depressief | ☐ Veel vrienden | ☐ Rustig | ☐ Bezorgd |
| ☐ Zenuwachtig | ☐ Weinig vrienden | ☐ Veel zelfvertrouwen | ☐ Blij |
| ☐ Moeite met concentreren | ☐ Opkroppen | ☐ Weinig zelfvertrouwen | ☐ 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	☐	☐
Duizeligheid	☐	☐
Extreme uitputting na inspanning	☐	☐
SOA (gehad)	☐	☐ nee ☐ ja
Gewichtsverandering:	☐	☐
☐ toename ☐ afname		
Vermoeidheid:	☐	☐
☐ continu ☐ ochtend ☐ middag ☐ avond		
Hoofdpijn:	☐	☐
☐ dagelijks ☐ wekelijks ☐ maandelijks		
Waar in het hoofd: _____		
Aanvulling:		

Circulatie	soms	vaak
Opgezetten klieren	☐	☐
Bloedarmoede (anemie)	☐	☐
Koude handen en voeten	☐	☐
Aanvulling		

Spieren en gewrichten	soms	vaak
Spieren:	☐	☐
☐ slap ☐ gespannen ☐ pijnlijk ☐ krampen		
Rugpijn:	☐	☐
☐ hoog ☐ midden ☐ laag		
Aanvulling		

Huid/Haar/Nagels
Huid: ☐ vet ☐ droog ☐ uitslag ☐ eczeem (gehad)
☐ jeuk ☐ acne ☐ slechte wondgenezing
Littekens: ☐ ongeval ☐ operatie
Waar heb je littekens: _____
Aanvulling

Spijvertering	soms	vaak
Buikkrap	☐	☐
Misselijkheid	☐	☐
Winderigheid	☐	☐
Borrelende buik	☐	☐
Obstipatie	☐	☐
Diarree	☐	☐
Bloed bij de ontlasting	☐	☐
Slijm bij de ontlasting	☐	☐
Droge mond	☐	☐
Slechte adem	☐	☐
Opgeblazen gevoel	☐	☐
Brandend maagzuur (reflux):	☐	☐

☐ altijd ☐ na de maaltijd ☐ 's nachts

Regelmatig bloedend tandvles bij poetsen ☐ nee ☐ ja

Anus: ☐ jeuk ☐ kramp ☐

Aanvulling

Luchtwegen/KNO	soms	vaak
Ontstoken holtet (sinusitis)	☐	☐
Oorpijn/ontsteking	☐	☐
Ademhaling:	☐	☐
☐ benauwd ☐ kortademig ☐ hyperventilatie		
Astma	☐ nee ☐ ja	
Chronisch verkouden	☐ nee ☐ ja	
Aanvulling:		

Urinewegen	soms	vaak
Pijn bij het plassen	☐	☐
Blaasontsteking	☐	☐
Bedplassen	☐	☐
Aanvulling:		

Vrouw
Indien van toepassing, leeftijd van je eerste menstruatie: _____ jaar
Gebruik je de pil: ☐ nee ☐ ja Welke: _____
Vaginale klachten ☐ nee ☐ ja ☐ afscheiding ☐ infecties ☐ jeuk
Menstruatieklachten ☐ nee ☐ ja ☐ PMS ☐ pijnlijk ☐ hevig ☐ langdurig ☐ onregelmatig
Aanvulling Vrouw:

Overig Meer papier nodig voor antwoorden, graag zelf toevoegen