



**KONINGS**  
OSTEOPATHIE

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 - basisschool

Afspraak met: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Tijd: \_\_\_\_\_

### Algemeen persoonlijke gegevens

Naam: \_\_\_\_\_  M  V E-mailadres: \_\_\_\_\_

Voor naam: \_\_\_\_\_ Geboortedatum: \_\_\_\_\_ BSN: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_ Telefoon/mobiel: \_\_\_\_\_

Postcode: \_\_\_\_\_ Woonplaats: \_\_\_\_\_ Zorgverzekeraar: \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

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 uit(en) deze zich: \_\_\_\_\_

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

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

kloppend  dof  snijvend

Aanvulling

## Leefsituatie

School: \_\_\_\_\_ Klas: \_\_\_\_\_

Gezinssamenstelling (broers, zussen, ouders, co-ouderschap): \_\_\_\_\_

Wat doet uw kind voor sport/hobby/vrije tijd: \_\_\_\_\_

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	_____

Graag de medicatie en supplementen bij het consult meebrengen

## Persoonlijke kenmerken

Lengte van uw kind: \_\_\_\_\_ m      Gewicht van uw kind: \_\_\_\_\_ kg

Hoe voelt uw kind zich in het algemeen: \_\_\_\_\_

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 's nachts zindelijk:  nee  ja

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  niet  sterk ruikend

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"/> Fijn om te knuffelen      | <input type="checkbox"/> Driftig         |
| <input type="checkbox"/> Hyperactief                 | <input type="checkbox"/> Huilt snel  | <input type="checkbox"/> Vervelend om te knuffelen | <input type="checkbox"/> Gefrustreerd    |
| <input type="checkbox"/> Wordt gepest                | <input type="checkbox"/> Jaloers     | <input type="checkbox"/> Makkelijk concentreren    | <input type="checkbox"/> Veel vrienden   |
| <input type="checkbox"/> Praat makkelijk             | <input type="checkbox"/> Schrikkerig | <input type="checkbox"/> Moeilijk concentreren     | <input type="checkbox"/> Weinig vrienden |
| <input type="checkbox"/> Veranderingen zijn moeilijk | <input type="checkbox"/> Vrolijk     |  |  |

Aanvulling:

## Historie en familie

Welke ziekten, operaties, ongevallen, behandelingen en/of emotionele gebeurtenissen heeft uw kind doorgemaakt:

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

Heeft uw kind buiten Europa gereisd:  nee  ja Waar: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

Hoe verliep de bevalling: \_\_\_\_\_

Waren er complicaties: \_\_\_\_\_

Is uw kind in het verleden onder behandeling geweest van een andere therapeut/specialist bijvoorbeeld kinderarts, mesoloog, osteopaat, acupuncturist, homeopaat: \_\_\_\_\_

Welke ziekten en of aandoeningen (wel/niet erfelijk) komen er in de familie voor?

Moeder: \_\_\_\_\_ Vader: \_\_\_\_\_

Anders: \_\_\_\_\_

Aanvulling

## Voedingsgewoonten

Eet uw kind:  vegetarisch  veganistisch Anders: \_\_\_\_\_

Heeft uw kind een voorkeur voor:  zoet  zout  zuur  pikant  bitter

Heeft uw kind een afkeur voor:  zoet  zout  zuur  pikant  bitter

Heeft uw kind grote behoefte aan zoetheid:  nee  ja Wat neemt hij/zij dan: \_\_\_\_\_

Wat drinkt uw kind graag: \_\_\_\_\_ Hoeveel: \_\_\_\_\_ Hoeveel water drinkt uw kind: \_\_\_\_\_ Liters

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

Algemeen	soms	vaak
Duizeligheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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: _____		
Jeugdrema	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja
Aanvulling:		
Circulatie	soms	vaak
Opgezette klieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koude handen en voeten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bloedarmoede (anemie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aanvulling		
Urinerwegen	soms	vaak
Nierinfectie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pijn bij het plassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierstenen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blaasontsteking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aanvulling		

Spijvertering	soms	vaak
Buikpijn	<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 tandvlees bij poetsen	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja
Anus: <input type="checkbox"/> jeuk <input type="checkbox"/> kramp	<input type="checkbox"/>	<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		
Astma	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja
Chronisch verkouden	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja
Aanvulling		

### Meisjes

Indien van toepassing, leeftijd van eerste menstruatie: \_\_\_\_\_ jaar

### Huid

Huid  vet  droog  jeuk  uitslag  eczeem (gehad)  slechte wondgenezing  acne

Littekens  ongeval  operatie      Waar heeft uw kind littekens: \_\_\_\_\_

Aanvulling

### Overig      Meer papier nodig voor antwoorden, graag zelf toevoegen