

**INTAKE KINDEREN 2-15 jaar**

**Wat is de hoofdklacht van uw kind?**

|  |
| --- |
|  |

Verder zijn er nog een aantal vragen. Op het einde is er nog ruimte om uw verhaal te vertellen, als u dat wilt. Bij uw kind is er sprake van (zet een x (kruisje) bij wat er bij uw kind van toepassing is):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Eczeem/droge huid |  | Buikpijn |
|  | Drink- eetproblemen |  | Problemen bij de ontlasting |
|  | Onrustig gedrag |  | Vaak hoofdpijn |
|  | Slaapproblemen |  | Vaak boos / verdrietig |
|  | Vaak ziek |  | Vermoeid |
|  | Blijft klein/de groei blijft achter |  | Last van bedplassen |
|  | Anders………… | | | |

Bij uw kind is er sprake van:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Jantje lacht/ Jantje huilt |  | Veel vriendjes |
|  | Zit lekker in vel |  | Schrikkerig |
|  | Angstig |  | Nieuwsgierig |
|  | Slechte concentratie |  | Heeft leerproblemen |
|  | Traag/lui |  | Rusteloos/druk |
|  | Traag in de ontwikkeling |  | Speelt graag alleen |
|  | Heeft gedragsproblemen |  | Snel moe |
|  | Onvermoeibaar |  | Is zindelijk |
|  | Is niet zindelijk |  | gedraagt zich groter dan leeftijd |
|  | Gedraagt zich kleiner dan leeftijd | | | |

Heeft uw kind regelmatig oorontstekingen?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ja |  | Nee |

Heeft uw kind gehoor vermindering?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ja |  | Nee |

Heeft uw kind buisjes?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ja |  | Nee |

Haalt uw kind altijd adem door de mond?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ja |  | Nee |

Is uw kind vaak verkouden?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ja |  | Nee |

Is uw kind weleens gevallen (als baby of kind)?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ja |  | Nee |

Valt uw kind vaak?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ja |  | Nee |

Heeft uw kind weleens een auto-ongeluk/ val uit boom/paard/speeltoestel oid meegemaakt?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ja |  | Nee |

Heeft uw kind een scoliose/scheve rug?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ja |  | Nee |

**Voeding en ontlasting:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | De buik van uw kind voelt hard aan |
|  | Uw kind heeft een slechte eetlust |
|  | Uw kind drinkt weinig water |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | De stoelgang is dagelijks |  | De stoelgang is niet dagelijks |
|  | Harde ontlasting |  | Breiige ontlasting |
|  | Waterige ontlasting | | | |

De kleur van de ontlasting is

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Donkerbruin |  | Lichtbruin |
|  | Geelbruin |  | Groen |
|  | Wit | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | De navel steekt naar buiten |  | Er is sprake van een navelbreuk |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Er is sprake van een Liesbreuk | | | |
|  | Links |  | Rechts |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Er is sprake van een middenrifbreuk |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Uw kind heeft nog geen vaccinaties gehad |
|  | Uw kind is … keer gevaccineerd |

En reageerde

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Normaal |  | Veel slapen |
|  | Onrustig |  | Met koorts |
|  | Veel huilen in periode erna; | | | |
|  | Anders………… | | | |

**Komen er familiaire ziekten/aandoeningen voor?**

|  |
| --- |
|  |

**Heeft uw kind last van allergie? Welke?**

|  |
| --- |
|  |

**Heeft uw kind last van eczeem? Waar?**

|  |
| --- |
|  |

**Geschiedenis**De conceptie vond plaats via

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Spontaan |  | IVF | |
|  | IUI |  | Eiceldonatie | |
|  | Anders………… | | |

Uw kind is geboren:

met ... weken

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Spontaan |  | Gepland |
|  | Keizersnede |  | Moeten tegen houden door klemmen van de benen |
|  | Navelstreng beklemd | | |

Met hulpmiddelen

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Weeënopwekkers |  | Vacuüm- kiwipomp of forceps |
|  | Geduwd op uw buik |  | Getrokken aan uw kind |
|  | Ruggeprik | | |

De ligging van uw kind was

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Normaal (met achterhoofd eerst) |  | Sterrekijker (gedraaid) |
|  | Aangezichtspresentatie  (met gezicht eerst) |  | Stuitligging (met benen eerst) |
|  | Navelstreng om nek | | |

Uw kind was bij de geboorte

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Normaal |  | Te klein |
|  | Geel |  | Blauw |
|  | Vervormd hoofd | | |
|  | Anders………… | | |

Uw kind heeft bij de geboorte goed geschreeuwd

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ja |  | Nee |

**Waar is uw kind het meeste ziek van geweest?**

|  |
| --- |
|  |

**Hier is er ruimte waarin u iets kunt beschrijven over de ziektegeschiedenis (zoals een fractuur bv van het sleutelbeen, een operatie, doorlopen infecties, familiare aandoeningen of een ziektegeschiedenis in het ziekenhuis):**

|  |
| --- |
|  |

Dank u wel voor uw tijd en moeite!

Team Osteopathie Verstraten

[Aanmelding behandelovereenkomst](https://osteopathieverstraten.nl/behandelovereenkomst/)

[Disclaimer & Privacyverklaring](https://osteopathieverstraten.nl/disclaimer-en-privacyverklaring/)