

**Intake formulier baby’s / kinderen tot 0-2 jaar**

Zou U onderstaande vragen duidelijk en nauwkeurig kunnen invullen, deze worden bij het intakegesprek met U doorgenomen.

**Persoonlijke gegevens**

Naam: Voornaam: man / vrouw:

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

Adres:

|  |
| --- |
|  |

Postcode: Woonplaats:

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

Geboortedatum: Geboorteplaats:

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

Telefoon: Mobiel:

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

Emailadres: Gezinssituatie:

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

Huisarts: Plaats:

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Ja, ik geef toestemming om eventueel mijn huisarts op de hoogte te stellen |

Medicijnen/reden:

|  |
| --- |
|  |

Specialist nu/vroeger:

|  |
| --- |
|  |

Locatie/ziekenhuis: Plaats:

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

Door wie bent u over ons geïnformeerd?

|  |
| --- |
|  |

**Klachten**

Wat is de klacht?

|  |
| --- |
|  |

Heeft U een moeilijke zwangerschap gehad?

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

Heeft U ten tijde van uw zwangerschap een ongeluk meegemaakt?

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

Was de geboorte moeilijk/lang/kort vóór het uitgerekende tijdstip?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Moeilijk |  | Lang |  | Kort |

Werd de geboorte geprovoceerd? Versneld / verlangzaamd

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

Is er bij de geboorte gedrukt en geduwd op uw buik?

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

Is U gevraagd te wachten met persen door te lopen en uw benen tegen elkaar aan te duwen?

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

Heeft het kind bij de geboorte goed geschreeuwd?

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

Was het een aangezichtspresentatie?

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

Was het een stuitligging?

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

Is er gebruik gemaakt van een vacuümextractie / spatel / tangen (forceps)?

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

Was de geboorte via een sectio caesarea? Gepland / urgentie

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

**Baby tot kind (8dgn/24 maanden)**

Geeft U uw kind borstvoeding?

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

Als uw kind aan de borst ligt, heeft het dan zuigmoeilijkheden?

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

Spuugt uw kind altijd na het drinken?

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

Braakt uw kind vaak of altijd na het drinken?

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

Heeft uw kind een grote speekselproductie? (méér dan één slabbetje tussen twee borstvoedingen in)

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

Heeft uw kind regelmatig de hik?

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

Lijkt uw kind hyperactief?

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

Lijkt uw kind wakker voor zijn leeftijd?

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

Slaapt uw kind moeilijk?

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

Hoeveel uur slaapt uw kind ongeveer per dag?

|  |
| --- |
|  |

Huilt uw kind altijd bij het inslapen en bij het wakker worden?

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

Is het hoofd afgeplat aan één zijkant / achterkant / bovenkant

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

Zijn er problemen met de ontlasting?

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

Stinkend?

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

Is er sprake van diarree?

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

Hoe vaak?

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

Tranen één of beide ogen?

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

Als U uw baby beweegt op de commode, voelt de rug dan stijf aan?

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

Voelt de buik van uw baby hard aan?

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

Als uw kind op uw arm ligt of een schone luier krijgt, zijn er tekenen van pijn?

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

Trekt uw kind zich soms krampachtig samen?

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

Strekt uw kind zich, terwijl uw kind zich stijf maakt?

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

Gooit uw kind soms het hoofd achterover?

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

Zoekt uw kind liggend in de wieg met het hoofd altijd contact met de wand?

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

Slaapt uw kind altijd op dezelfde kant?

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

Draait het hoofd altijd naar dezelfde zijde?

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

Welke kant?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Links |  | Rechts |

**Het kleine kind 24 - 30 maanden tot 5 jaar (ook baby invullen svp)**

Heeft uw kind regelmatig oorontstekingen?

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

Heeft uw kind gehoorvermindering?

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

Heeft uw kind buisjes?

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

Haalt uw kind altijd adem door zijn/haar 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 naar voren/achter/opzij?

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

Heeft uw kind weleens een auto ongeluk meegemaakt?

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

Heeft uw kind een scoliose ondanks dat het nog nauwelijks loopt?

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

**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/)