

Osteopathie Praktijk Dana

www.osteopathiedana.nl
info@osteopathiedana.nl
Tel: 06-18875529

Dana Yelnik
Nieuwenhuijsenlaan 38
1185 DR Amstelveen

| | |
|--------|--|
| Datum: | |
| Tijd: | |

Geachte mevrouw, heer,
Wilt u de volgende vragen aandachtig doorlezen en zo nauwkeurig mogelijk beantwoorden.
Bij* maak op de computer een keuze van het menu, of print het formulier uit en streep door wat niet van toepassing is.

Bij het intakegesprek zullen de gegevens met u worden besproken. Uiteraard blijven de gegevens strikt beroepsgeheim. Dank voor uw inspanning.

| | | | |
|----------------------------|---------------------------------|----------------|-----|
| Naam | | Voornaam | |
| Geslacht | Meisje/Jongen*maak een keuze... | | |
| Adres | | Postcode | |
| Woonplaats | | Geboorte datum | |
| Naam van ouders/verzorgers | | | |
| Telefoon privé | | GSM | 06- |
| Emailadres | | | |
| School/kinderdagverblijf | | Klas | |
| Sport, Hobby, Vrije tijd | | | |
| Medicijngebruik | | | |
| Supplementen en vitamines | | | |
| Huisarts | | Telefoon | |
| Specialist | | Telefoon | |

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Ik maak geen bezwaar tegen verzending van een rapport naar mijn (huis)arts |
| <input type="checkbox"/> | Ik ben bereid om, een jaar na de behandelingen, vragen te beantwoorden over de tevredenheid t.o.v. de behandelingen en het bereikte resultaat. |

| | |
|---|--|
| Door wie bent u geïnformeerd/geadviseerd? | |
| Wat is de voornaamste klacht van uw kind? | |
| Wanneer is deze klacht begonnen en onder welke omstandigheden? | |
| Hoe maakt uw kind zijn/haar klacht kenbaar? | |
| Is er een regelmaat of patroon in uw kind zijn klachten te ontdekken? | |
| Welke omstandigheden geven verbetering? (b.v. koude, warmte, rust, stress, honger, eten, lichaamshouding, beweging) | |
| Verergering? | |
| Wat is er eerder aan deze klacht gedaan? | |
| Is uw kind, afgezien van bovenstaande gegevens, ooit onder behandeling geweest van een fysiotherapeut, manueel therapeut, specialist of een alternatief genezer (bijvoorbeeld homeopaat, iriscopist, acupuncturist, magnetiseur). | |

| | |
|--|----|
| Zijn er naast de hoofdklacht nog bijkomende klachten? | 1. |
| | 2. |
| | 3. |
| Hoe is de gezinssamenstelling? Broers, zussen, (co-)ouders, etc. | |
| Het hoeveelste kind gaat het om? | |

| | |
|--|--|
| Is de zwangerschap van uw kind goed verlopen? Zo nee, wat en wanneer ging er niet goed? | |
| Heeft u medicijnen geslikt tijdens uw zwangerschap? Zo ja, welke? Waarvoor en wanneer? | |
| Hoe verliep de bevalling? Moeilijk, lang, snel? Voor of na de uitgerekende datum? | |
| Werd de bevalling geprovoceerd? Ingeleid? Vertraagd? | |
| Is tijdens de bevalling gedrukt of geduwd op uw buik? | |
| Heeft uw kind bij de geboorte duidelijk gehuild/geschreeuwd? | |
| Is hij/zij in een stuitligging geboren? | |
| Is er vacuüm/spatel/tang (forceps) gebruikt? | |
| Is er sprake van keizersnede? Gepland/niet gepland? | |
| Geeft u uw kind borstvoeding? | |
| Spuugt uw kind na het eten? Hoeveel? | |
| Welke inenting(en) heeft uw kind gehad? | |
| Hoe is de stoelgang? Frequentie? | x dagelijks/ x per week regelmatig/onregelmatig* maak een keuze... |
| Consistentie: vast/brijig/zacht/waterig | vast/brijig/zacht/waterig* maak een keuze... Extra uitleg: |
| Kleur: wit/lichtbruin/geelbruin/donkerbruin/zwart/groen | Kleur* maak een keuze... |
| Welke spijs(en) en/of drank(en) liggen bij uw kind niet goed? | |
| Heeft hij/zij grote behoefte aan zoetheid? | Ja/Nee* maak een keuze... |
| Gebruikt hij/zij koemelkproducten? | |
| Hoeveel water drinkt hij/zij per dag? | |
| Heeft uw kind allergieën en/of overgevoeligheden voor koemelkeiwit, lactose, gluten, soja, vruchten, | |

| | |
|--|---------------------------|
| hooikoorts, insecten, medicijnen e.a.? | |
| Hoe laat gaat uw kind naar bed? | |
| Slaapt hij/zij makkelijk in? | |
| Wordt hij/zij 's nachts wakker? Hoe laat? | Ja/Nee* maak een keuze... |
| Is hij/zij overdag zindelijk? | |
| Is hij/zij 's nachts zindelijk? | |
| Heeft hij/zij het volledige melkgebit? | |
| Is hij/zij al tanden aan het wisselen? | |
| Speelt uw kind graag alleen, samen, binnen, buiten? | Ja/Nee* maak een keuze... |
| Huilt uw kind veel? | Ja/Nee* maak een keuze... |
| Hoeveel uren per dag? | |
| Is er een patroon te ontdekken? | |
| Wanneer huilt hij/zij? | |
| Familiaire ziekten: Erfelijke aandoeningen (hart- en vaatziekten, reuma, kanker, suikerziekte, huidaandoeningen, etc.) en niet erfelijke aandoeningen | |
| Moeder: | |
| Vader: | |
| Overige familieleden: | |

Wilt u op hieronder aankruisen welke punten voor uw kind van toepassing zijn:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bang alleen te zijn | <input type="checkbox"/> Moederskindje |
| <input type="checkbox"/> Huilt snel | <input type="checkbox"/> Knuffelt graag |
| <input type="checkbox"/> Schrikkerig | <input type="checkbox"/> Knuffelt niet graag |
| <input type="checkbox"/> Driftig | <input type="checkbox"/> Vrolijk |
| <input type="checkbox"/> Boos | <input type="checkbox"/> Hyperactief |
| <input type="checkbox"/> Jaloers | <input type="checkbox"/> Traag |
| <input type="checkbox"/> Concentratie zwakte | <input type="checkbox"/> Alert |
| <input type="checkbox"/> Eczeem/uitslag | <input type="checkbox"/> Buikpijn/krampen |
| <input type="checkbox"/> Winderigheid | <input type="checkbox"/> Borrelende buik |
| <input type="checkbox"/> Diarree | <input type="checkbox"/> Obstipatie |
| <input type="checkbox"/> Reflux | <input type="checkbox"/> Oorpijn/ontsteking |
| <input type="checkbox"/> Astma/bronchitis | <input type="checkbox"/> Chronisch verkouden |
| <input type="checkbox"/> Benauwd | <input type="checkbox"/> kortademig |

