|  |  |
| --- | --- |
| 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\*, | | | | | |
| Adres |  | | | Postcode | |  |
| Woonplaats |  | | | Geboorte datum | |  |
| Naam van ouders/verzorgers | | |  | | | |
| Telefoon privé |  | | | GSM | 06- | |
| Emailadres |  | | | | | |
| School/kinderdagverblijf |  | | | Klas |  | |
| Sport, Hobby, Vrije tijd | |  | | | | |
| Medicijngebruik |  | | | | | |
| Supplementen en vitaminen | | |  | | | |
| Huisarts |  | | | Telefoon |  | |
| Specialist |  | | | Telefoon |  | |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Ik maak geen bezwaar tegen verzending van een rapport naar mijn (huis)arts |
|  | 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 inentingen heet uw kind gehad? |  | |
| Hoe is de stoelgang? Frequentie? | x dagelijks/      x per week regelmatig/onregelmatig\* | |
| Consistentie: vast/brijïg/zacht/waterig | vast/brijïg/zacht/waterig\*    Extra uitleg: | |
| Kleur: wit/lichtbruin/geelbruin/donkerbruin/zwart/groen | Kleur\* | |
| Welke spijzen en/of dranken liggen bij uw kind niet goed? |  | |
| Heeft hij/zij grote behoefte aan zoetigheid? | Ja/Nee\* | |
| 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\* | |
| 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\* | |
| Huilt uw kind veel? | Ja/Nee\* | |
| Hoeveel veel 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:**

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

Kunt u zo chronologisch mogelijk omschrijven:

1. Welke ziekten, operaties, ongevallen en behandelingen u in uw leven hebt doorgemaakt. Ook ogenschijnlijk kleine zaken als verstuikingen, tandbehandelingen, amandelen pellen en eczeem kunnen van belang zijn
2. De kinderziekten die u heeft gehad
3. Eventuele zwangerschappen en het verloop daarvan
4. Belangrijke ontwikkelingen in uw leven kunnen eveneens van invloed zijn (echtscheiding, overspannen, depressies, etc.)
5. Bezoeken aan het buitenland (buiten Europa)

Als u meer ruimte nodig heeft kunt u een extra pagina toevoegen.

|  |  |
| --- | --- |
| **Leeftijd** | **Ziekte / klacht / zwangerschap / ontwikkeling** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Vanaf 25 mei 2018 is de nieuwe privacy wet (Algemene verordening gegevensbescherming – AVG) ingevoerd. Om hieraan te kunnen voldoen, zal u gevraagd worden na het invullen van het intakeformulier het vinkje JA in te vullen waar u schriftelijk aangeeft dat uw kennis heeft genomen ten aanzien van het gehanteerde privacy beleid, zoals u kunt treffen op mijn website onder AVG. Op deze manier geeft u ook toestemming voor de osteopaat, Dana Yelnik, de mogelijkheid om inzicht in uw persoonlijke gegevens en uw medische geschiedenis te krijgen en het maken van een cliëntdossier.

Ik geef Osteopathie Praktijk Dana toestemming om mijn gegevens te gebruiken: