



## Caroline Dudink

Osteopaat D.O.

Lid NOF

KvK 34321624, AGB-code:  
90-038212/90(0)16770

Geachte mevrouw / meneer,

Hierbij ontvangt U een intakeformulier voor uw kind voor de komende afspraak

Zou U onderstaande vragen duidelijk en nauwkeurig kunnen invullen, deze worden bij het intakegesprek met U doorgenomen. Dit formulier graag opsturen naar op de achterkant staand adres of meenemen naar uw afspraak. Uw gegevens vallen onder het beroepsgeheim en blijven privé.

**Naam** \_\_\_\_\_ **Voornaam** \_\_\_\_\_ m/v  
Adres \_\_\_\_\_  
Postcode \_\_\_\_\_ Woonplaats \_\_\_\_\_  
Geboortedatum \_\_\_\_\_ Geboorteplaats \_\_\_\_\_  
Telefoon (mobiel) \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

**Huisarts** \_\_\_\_\_  
Adres \_\_\_\_\_  
Postcode \_\_\_\_\_ Plaats \_\_\_\_\_  
Medicijnen/reden \_\_\_\_\_  
Specialist nu/vroeger \_\_\_\_\_

**Wat is de voornaamste klacht uw kind?** \_\_\_\_\_

Wanneer is deze begonnen en onder welke omstandigheden? \_\_\_\_\_

Hoe maakt uw kind zijn/haar klachten herkenbaar? \_\_\_\_\_

Is er regelmaat in de klachten? (ochtend/middag/avond/nacht) \_\_\_\_\_

Wat vermindert de klachten? (bijv. Kou, warmte, rust, stress, houding, honger, eten, lichaamshouding, beweging) \_\_\_\_\_

Wat verergert de klachten? (sterke fysieke/psychische belasting, klimaatverandering, koorts, menstruatie) \_\_\_\_\_

Zijn er naast de hoofdklachten nog bijkomende klachten? \_\_\_\_\_

**Hoe is de gezinssamenstelling?** \_\_\_\_\_

Hoeveelste kind? \_\_\_\_\_

Familiaire ziekten: Erfelijke aandoeningen (hart- en vaatziekten, reuma, kanker, suikerziekte, etc.) en niet erfelijke aandoeningen.

Moeder \_\_\_\_\_

Overige familieleden \_\_\_\_\_

Is de zwangerschap van uw kind goed verlopen? Zo nee, wat en wanneer ging het niet goed? \_\_\_\_\_

Heeft u medicijnen gebruikt tijdens de zwangerschap: Zo ja, welke, waarvoor en wanneer? \_\_\_\_\_

Hoe verliep de bevalling? \_\_\_\_\_

Andere bevallingen? \_\_\_\_\_

Welke inenting(en) heeft uw kind al gehad? \_\_\_\_\_

Hoe reageerde uw kind hierop? Ziek/koorts/onrust? \_\_\_\_\_

Is uw kind geopereerd? Zo ja, wat voor operatie? \_\_\_\_\_

Slaapt uw kind goed? \_\_\_\_\_

Zo nee, wordt uw kind s' nachts wakker en hoe laat? \_\_\_\_\_

Hoe is de stoelgang? \_\_\_\_\_ x dagelijks; \_\_\_\_\_ x wekelijks; regelmatig/onregelmatig

Consistentie: *vast/brijig/zacht/waterig*                      Kleur: *wit/lichtbruin/geelbruin/donkerbruin/zwart*

Hoelang heeft uw kind borstvoeding gehad? \_\_\_\_\_

Hoe gaat uw kind met eten om? \_\_\_\_\_

Welke spijsen en / of dranken liggen uw kind niet goed? \_\_\_\_\_

Gaat het met uw kind goed op school: zo nee, waarom niet? \_\_\_\_\_

Maakt uw kind makkelijk/ moeilijk vriendjes of vriendinnetjes? \_\_\_\_\_

Hoe gaat uw kind om met ouderlijk gezag? \_\_\_\_\_

### Beschrijving kind:

Kunt u zo veel mogelijk onderstaand omcirkelen, hoe uw kind te beschrijven is:

Is uw kind:

Jantje huilt, jantje lacht..... *ja/nee*

Snel op de tenen getrapt..... *ja/nee*

Een moederskindje..... *ja/nee*

Traag/lui ..... *ja/nee*

Schrikkerig ..... *ja/nee*

Rusteloos, druk..... *ja/nee*

Zindelijk ..... *dag/nacht*

Traag met lopen/staan/praten ..... *ja/nee*

Lengte voor zijn leeftijd .. *groot/klein/normaal*

Snel moe ..... *ja/nee*

Bang om alleen te zijn ..... *ja/nee*

Bang voor \_\_\_\_\_

Vindt uw kind het prettig om

aangehaald te worden..... *ja/nee*

Heeft uw kind:

Concentratie ..... *goed/slecht/normaal*

Veel vriendjes ..... *ja/nee*

Speelt graag alleen ..... *ja/nee*

Dorst..... *veel/weinig/normaal*

Eetlust ..... *veel/weinig/normaal*

Veel behoefte aan zoetheid ..... *ja/nee*

Zo nee, behoefte aan iets anders? \_\_\_\_\_

Last van eczeem..... *ja/nee*

Last van wratten..... *ja/nee*

Last van diarree ..... *ja/nee*

Last van obstipatie..... *ja/nee*

Last van allergie..... *ja/nee*

Zo ja welke allergie? \_\_\_\_\_

### Heeft u zelf nog aanvullende informatie?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_