



Eric Calsbeek
Osteopaat, D.O.

Geachte Mevrouw, Mijnheer, (verzorgers)

Wilt u de volgende vragen aandachtig doorlezen en zo nauwkeurig mogelijk beantwoorden. Bij het intakegesprek zullen de gegevens met u worden besproken. Uiteraard blijven de gegevens strikt beroepsgeheim. Dank voor uw bereidwillige medewerking.

Naam : _____ **Voornaam** : _____

Eventuele andere achternaam ouder/partner : _____

Adres : _____ **Postcode** : _____

Woonplaats : _____ **Geb. datum** : _____ **M/V**

Telefoon nr. : _____ **B.G.G.** : _____

School : _____ **E-Mail** : _____

Medicijngebruik : _____

Huisarts : _____ **Tel** : _____

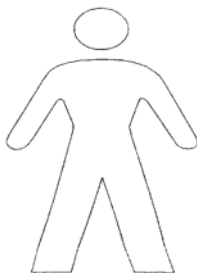
Specialist : _____ **Tel** : _____

Therapeut : _____ **Tel** : _____

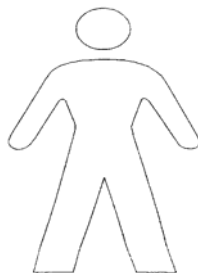
Door wie bent u geïnformeerd/geadviseerd: _____

Wat is uw voornaamste klacht van uw kind? _____

Wanneer is deze begonnen en hoe is het ontstaan? _____



Voorzijde



Achterzijde

**Wilt u op de figuren
aangeven waar u de
klachten voelt?
Wilt u tevens in rood
litttekens aangeven?**

Hoe maakt uw kind zijn / haar klacht kenbaar?

Is er een regelmaat of patroon in uw klachten te ontdekken?

Welke omstandigheden geven verbetering? (b.v. koude, warmte, rust, stress, honger, eten, lichaamshouding, beweging):

En verergering?

Wat is er eerder aan deze klacht gedaan?

Zijn er naast de hoofdklacht nog bijkomende klachten?

1.

2.

3.

Hoe is de gezinssamenstelling?

Het hoeveelste kind gaat het om?

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

Moeder:

Vader:

Overige Familieleden:

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?

Andere bevallingen?

Welke inenting(en) heeft uw kind al gehad? _____

Hoe reageerde uw kind hierop? Ziek / niet ziek / veel koorts / weinig koorts / onrustig?

Welke (kinder-)ziekten heeft uw kind gehad? _____

Waar is uw kind het meest ziek van geweest? _____

Is uw kind geopereerd? Zo ja, wat voor operatie? _____

Heeft uw kind al zijn volledige melk gebit? Ja / Nee / mee bezig.

Hoe verliep / verloopt het tanden krijgen? _____

Is uw kind al aan het 'wisselen'? Zo ja, hoe verloopt dat? _____

Slaapt uw kind goed? _____

Zo nee, wordt uw kind 's nachts wakker, hoe laat? _____

Hoe is de stoelgang? _____ x dagelijks / _____ x per week. Regelmatig / onregelmatig,

Consistentie: vast/ breïig/ zacht/ waterig. Kleur: wit/ lichtbruin/ geelbruin/ donkerbruin/ zwart

Hoe lang heeft uw kind borstvoeding gehad? _____

Hoe gaat uw kind om met eten? _____

Welke spijs(en) en / of drank(en) liggen uw kind niet goed? _____

Heeft uw kind grote behoefte aan zoetheid? Ja / Nee _____

Gaat het met uw kind goed op school: Zo nee, waarom niet? _____

Maakt uw kind makkelijk / moeilijk vriendjes of vriendinnetjes? _____

Beschrijving kind:

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

Is uw kind:

- | | |
|---|----------|
| • Jantje lach, jantje huilt | Ja / Nee |
| • Snel op zijn tenen getrapt | Ja / Nee |
| • Een 'moederskindje' | Ja / Nee |
| • Traag, lui | Ja / Nee |
| • Schrikkerig | Ja / Nee |
| • Rusteloos, druk | Ja / Nee |
| • Zindelijk; dag en nacht | Ja / Nee |
| • Traag met lopen, staan en praten e.d. | Ja / Nee |
| • Klein voor zijn leeftijd | Ja / Nee |
| • Groot voor zijn leeftijd | Ja / Nee |
| • Snel moe | Ja / Nee |
| • Bang om alleen te zijn | Ja / Nee |

Bang voor: _____

Heeft uw kind:

- | | |
|------------------------------|----------|
| • Een slechte concentratie | Ja / Nee |
| • Veel vriendjes | Ja / Nee |
| • Speelt graag alleen | Ja / Nee |
| • Veel dorst | Ja / Nee |
| • Weinig dorst | Ja / Nee |
| • Slechte eetlust | Ja / Nee |
| • Goede eetlust | Ja / Nee |
| • Veel behoefte aan zoetheid | Ja / Nee |

Zo nee, behoefte aan iets anders dan zoetheid? _____

Heeft uw kind:

- | | |
|--|----------|
| • Last van eczeem (of vroeger last gehad) | Ja / Nee |
| • Last van wratten | Ja / Nee |
| • Last van diarree | Ja / Nee |
| • Last van obstipatie | Ja / Nee |
| • Last van een allergie | Ja / Nee |

Zo ja, welke allergie? _____

Vindt uw kind:

- | | |
|--|----------|
| • Het prettig om aangehaald te worden | Ja / Nee |
| • Het vervelend om aangehaalde te worden | Ja / Nee |

Heeft u zelf nog aanvullende informatie:
