



# Beweging en Vitaliteit

## Praktijk voor Osteopathie Alies Berning D.O.

Praktijkadres: Navigatiestraat 1, 7826 TD Emmen  
IJertijdstraat 11, 9531 RA, Borger  
Tel. 0599-795154 - 06-13887709  
info@bewegingenvitaliteit.nl

### Intakeformulier voor kinderen

Wilt u de volgende vragen aandachtig doorlezen en zo nauwkeurig mogelijk beantwoorden?  
Bij het intake-gesprek zullen de gegevens met u worden besproken. Uiteraard blijven de gegevens strikt beroepsgeheim. Bedankt voor de moeite.

Naam: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Postcode en woonplaats: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer: \_\_\_\_\_

E-mailadres: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_

School: \_\_\_\_\_

Sport, hobby, vrije tijd: \_\_\_\_\_

Medicijngebruik: \_\_\_\_\_

Behandelend arts: \_\_\_\_\_

Door wie bent u geïnformeerd/geadviseerd: \_\_\_\_\_

Wat is de voornaamste klacht? \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Hoe maakt uw kind zijn/haar klacht kenbaar? \_\_\_\_\_

Kan het kind de aard van de pijn omschrijven (stekend, brandend, zeurend, schietend, kloppend, beklemmend)? \_\_\_\_\_

Is er een regelmaat of patroon in de klachten te ontdekken? \_\_\_\_\_

Welke omstandigheden geven verbetering? (kou, warmte, rust, beweging, houding, stress, honger, eten)? \_\_\_\_\_

Welke omstandigheden geven verergering? \_\_\_\_\_

Zijn er naast de hoofdklacht nog andere klachten? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hoe voelt het kind zich in het algemeen (verdrietig, vrolijk, rusteloos)? \_\_\_\_\_

Zijn er momenten van inzinking op een dag? \_\_\_\_\_

Slaapt uw kind goed? Wordt het kind 's nachts wakker, hoe laat?

\_\_\_\_\_

Hoe is de stoelgang? \_\_\_\_\_ x dagelijks/ \_\_\_\_\_ x per week. Regelmatig/onregelmatig.

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

Hoe lang heeft uw kind borstvoeding gehad? \_\_\_\_\_

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

Welke spijsen en/of dranken vallen niet goed? \_\_\_\_\_

Heeft uw kind grote behoefte aan zoetheid? \_\_\_\_\_

Drinkt het kind water? Hoeveel? \_\_\_\_\_

Familiaire ziekten: Erfelijke en niet –erfelijke aandoeningen. Hierbij kunt u denken aan hart- en vaatziekten, reuma, kanker, suikerziekte, huidaandoeningen, etc.

Moeder: \_\_\_\_\_

Vader: \_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_

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

Hoe verliepen eventuele andere bevallingen? \_\_\_\_\_

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

Hoe reageerde uw kind op de entingen? \_\_\_\_\_

Welke kinderziekten heeft uw kind gehad? \_\_\_\_\_

Waar is uw kind het meest ziek van geweest? \_\_\_\_\_

Is uw kind geopereerd, zo ja wat voor een operatie en wanneer? \_\_\_\_\_

Heeft uw kind al zijn volledige melkgebit? \_\_\_\_\_

Hoe verloopt het tanden krijgen of hoe is dat verlopen? \_\_\_\_\_

Is uw kind al aan het wisselen? Zo ja, hoe verloopt dit, of hoe is dit verlopen? \_\_\_\_\_

Gaat het met uw kind goed op school? \_\_\_\_\_

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

**Beschrijving kind:**

Kunt u op deze pagina zo veel mogelijk omcirkelen hoe uw kind te beschrijven is?

**Is uw kind:**

- Jantje lacht, Jantje huilt? ja nee
- Snel op zijn tenen getrapt? ja nee
- Een 'moeders kindje' ? ja nee
- Traag, lui? ja nee
- Werkt hard, doet erg zijn best? ja nee
- Schrikkerig? ja nee
- Rusteloos, druk? ja nee
- Zindelijk, dag en nacht? ja nee
- Traag met lopen, staan, praten? ja nee
- Snel met staan, lopen, praten? 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
- Overmatige eetlust? ja nee
- Veel behoefte aan zoetheid? ja nee

Andere opvallende behoeftes? \_\_\_\_\_

**Heeft uw kind:**

- Last of last gehad van eczeem? 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 / vervelend om aangehaald te worden?

Heeft u zelf nog aanvullende informatie? \_\_\_\_\_

---