

Vragenlijst voor kinderen



Patiëntnummer: _____

Voornaam:	Mobielnummer:
Achternaam:	E-mailadres:
Geboortedatum:	Huisarts:
Adres:	Hobby's/sport:
Telefoonnummer:	Komt u via huisarts/specialist/anders:

Bevalling	Vertoont uw kind	Afwijkingen
<input type="checkbox"/> Met de tang	<input type="checkbox"/> Hyperactiviteit	<input type="checkbox"/> Erfelijke afwijkingen
<input type="checkbox"/> Met vacuum	<input type="checkbox"/> Concentratieproblemen	<input type="checkbox"/> Chromosomenafwijking
<input type="checkbox"/> Keizersnee	<input type="checkbox"/> Afwijkend gedrag	<input type="checkbox"/> Geestelijke achterstand
<input type="checkbox"/> Stuitbevalling		<input type="checkbox"/> Fysieke/motorische achterstand
<input type="checkbox"/> Complicaties		<input type="checkbox"/> Andere afwijkingen, namelijk

Bovengenoemd kind is kind nr _____ in uw gezin

Geboren na _____ weken zwangerschap

Ja, tot _____ maanden

Nee

Zijn er sociale omstandigheden die van belang zijn voor het ontstaan van de klachten en momenteel als stress ervaren kunnen worden? _____

Zijn er ziektes die bij u in de familie voorkomen? _____

Wat is de belangrijkste klacht? _____

Hoe en wanneer is de klacht ontstaan? _____

Geleidelijk

Wisselend aanwezig

Constant aanwezig

Plotseling

Wisselend aanwezig

Constant aanwezig

Deskundigen bent u voor deze klachten onder behandeling geweest bij:

Chiropractor

Huisarts

Fysiotherapeut

Ceasar/Mensendieck

Manueel Therapeut

Podotherapeut

Chirurg

Homeopathische arts

Orthopaed

Psycholoog

Alternatief genezer

Kinderarts

Revalidatie-arts

Acupuncturist

Neuroloog

Anders

Hoe oud is het matras van u kind: _____

Ongevallen

Operaties

Ziekenhuisopnamen

Welke medicijnen gebruikt uw kind en waarvoor

Botbreuken

Tandheilkundig

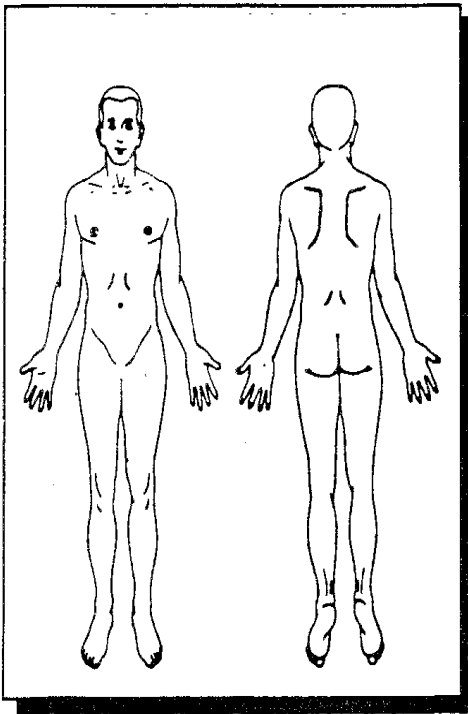
Tandknaars of klemt uw kind overdag of s`nachts

Maakt het kaakgewricht weleens een knappend geluid

Datum van laatste testen	Korter dan 6 mnd	tussen 6-18mnd	langer dan 18 mnd	Nog nooit
Urine test	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Röntgenfoto`s	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bloedtest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinderarts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gewoontes	Korter dan 6 mnd	tussen 6-18mnd	langer dan 18 mnd	Nog nooit
Eetlust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lichaamsbeweging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slaap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Geef in de tekening aan waar de klacht zit:



Spiers en gewrichten

- Nek
- Tussen de schouders
- Lage rug
- Staartbeen
- Lies L/R
- Heup L/R
- Been L/R
- Knie L/R
- Voet of hiel L/R
- SchouderL/R
- Arm L/R
- Elleboog L/R
- Hand L/R
- Pols L/R
- Vingers L/R
- Rib L/R
- Gewrichtsontsteking
- Gezwollen gewrichten

Algemeen

- Hoofdpijn
- Migraine
- Duizeligheid
- Flauwvallen
- Slapeloosheid
- Vermoeidheid
- Zenuwachtigheid
- Allergieën
- Depressie
- Slechte eetlus
- Oor,neus,oog+ keelklachten
- Voorhoofdsholte-ontsteking
- Bijholte-ontsteking
- Oorontsteking L/R
- Doofheid L/R

Maag en ingewanden

- Maagpijn
- Maagbreuk
- Galproblemen
- Leverproblemen
- Overigen
- Winderigheid
- Blaas, waterwegenproblemen
- Nierontseking
- Ongecontroleerd urineverlies
- Diarree
- Constipatie/moeilijke stoelgang

Hart

- Hartproblemen
- Slechte circulatie
- Bloedarmoede

Ademhaling

- Ademhalingsmoeilijkheden
- Astma
- Bronchitis
- Longontsteking
- Emfyseem
- Hooikoorts
- Pijn in de borst
- Chronische hoest
- Ophoesten van slijm
- Ophoesten van bloed

Huid

- Jeuk
- Eczeem
- Blauwe plekken
- Droge huid

Condities

- Epilepsie
- Kanker
- Multiple Sclerose
- Polio
- Hersenvlies-ontsteking
- Tuberculosis
- Suikerziekte
- Ziekte van Pfeiffer
- Schildklierafwijking
- Anders

Hoe slaapt uw kind

- Rug
- Zij
- Buik

Heeft u nog opmerkingen?

Instemming behandeling: Door ondertekening van dit formulier bevestigt u:

- Dat u de praktijkinformatie heeft gelezen en begrepen
- Dat wij uw huisarts mogen informeren, wanneer deze erom vraagt
- Dat u dit formulier naar waarheid heeft ingevuld
- Dat u instemt met onderzoek en behandeling

Datum: _____

Handtekening: _____