

Intakeformulier Kinderen – AllergieTherapeut - Roy Vogel

Wat is/zijn de klacht(en)?

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.

Wilt u verder de komende dagen een voedingslijst bijhouden en deze bij het intakegesprek meenemen.

Datum vandaag: _____ Datum intake: _____

Naam: _____ Voornaam: _____

Eventueel andere achternaam ouder/partner: _____

Adres: _____ Postcode: _____

Woonplaats: _____ Geb. datum: _____

Geboorteplaats: _____ Geb. tijd: _____

Telefoon: _____ Bij geen gehoor: _____

E-mail: _____

Hobby, vrije tijd: _____ Medicijngebruik: _____

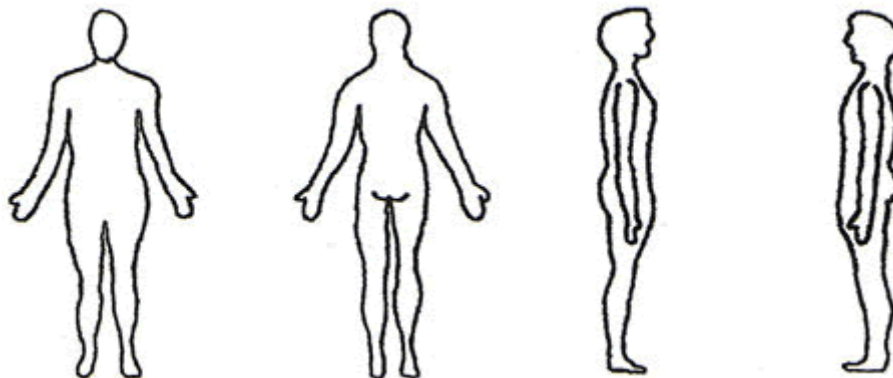
Huisarts: _____ Telefoon: _____

Specialist: _____ Telefoon: _____

Therapeut: _____ Telefoon: _____

Door wie bent u geïnformeerd/geadviseerd? _____

Wilt u op de figuren aangeven waar uw kind de klachten voelt? Wilt u tevens in rood eventuele littekens aangeven?



Wat is/zijn de klachten?

Hoe maakt uw kind klachten kenbaar?

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

Welke omstandigheden geven verbetering?

(b.v. koude, warmte, rust, stress, honger, eten, lichaamshouding, beweging)

En welke omstandigheden geven 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?

Komen er erfelijke aandoeningen (hart- en vaatziekten, reuma, kanker, suikerziekte, huidaandoeningen, etc) en/ of niet-erfelijke aandoeningen voor in uw familie?

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 reeds gehad?

Hoe reageerde uw kind hierop? (Omcirkel wat van toepassing is en geef zonodig een toelichting)

Ziek/ niet ziek/ veel koorts/ weinig koorts/
onrustig

Welke (kinder)ziekten heeft uw kind gehad?

Waar is uw kind het meeste ziek van geweest?

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

Heeft uw kind al zijn volledig melk gebit?

Ja / nee / mee bezig

Hoe verliep / verloopt het tanden krijgen?

Is uw kind 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 regelmatig onregelmatig
 ... x wekelijks regelmatig onregelmatig

Consistentie: vast breiig zacht waterig

Kleur: wit lichtbruin geelbruin donkerbruin zwart

Hoe lang heeft uw kind borstvoeding gehad?

Hoe gaat uw kind om met eten?

Welke spijzen en/of dranken liggen uw kind niet goed?

Heeft uw kind grote behoefte aan zoetheid?

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 van uw kind:

Wilt u in dit deel van het formulier met ja of nee duidelijk maken hoe uw kind te beschrijven is:

Is uw kind:

	Ja	Nee
Jantje lacht, Jantje huilt....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Snel op zijn tenen getrapt....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Een 'moederskindje'....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traag, lui....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schrikkerig....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rusteloos, druk....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zindelijk: dag en nacht....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traag met lopen, staan en praten e.d.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klein voor zijn/haar leeftijd....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Groot voor zijn/haar leeftijd....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Snel moe....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bang om alleen te zijn....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bang voor:		

Vindt uw kind:

	Ja	Nee
Het prettig om aangehaald te worden....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Het vervelend om aangehaald te worden....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Heeft uw kind:

	Ja	Nee
Een slechte concentratie....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veel vriendjes....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Speelt graag alleen....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veel dorst....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weinig dorst ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slechte eetlust....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Goede eetlust....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veel behoefte aan zoetigheid....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zo nee, behoefte aan iets anders dan zoetigheid?		

Heeft uw kind:

	Ja	Nee
Last van eczeem (of vroeger last van gehad)....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Last van wratten....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Last van diarree....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Last van obstipatie....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Last van allergie....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zo ja, welke allergie?		

Heeft u zelf nog aanvullende informatie?

Als u het formulier heeft ingevuld, wilt u het dan meenemen naar de eerste afspraak?