

# Osteopathie Alphen

Gezondheidscentrum Vitalis  
Praktijk voor Osteopathie  
Dotterbloem 9  
2408 LA Alphen aan de Rijn

Michiel Bornkamp  
06-13735703  
info@bornkamposteopathie.nl  
www.osteopathiealphen.nl

## INTAKE BABY/KIND

Wilt u de onderstaande vragen aandachtig doorlezen en zo nauwkeurig mogelijk beantwoorden. De gegevens worden met u doorgenomen tijdens het eerste consult. Uiteraard blijven deze gegevens strikt geheim. Dank voor uw inspanning.

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

Naam ouder/verzorger: \_\_\_\_\_

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

Woonplaats: \_\_\_\_\_ Geboortedatum: / /

Geslacht: m / v\*

Telefoonnummer: \_\_\_\_\_ Bij geen gehoor: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ BSN: \_\_\_\_\_

Verz + pakket: \_\_\_\_\_ Polisnr: \_\_\_\_\_

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

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

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

School: \_\_\_\_\_ Sport/hobby's: \_\_\_\_\_

Door wie bent u geïnformeerd/geadviseerd:

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Wanneer is deze begonnen en onder welke omstandigheden?

\_\_\_\_\_

Hoe maakt uw kind zijn/haar klacht kenbaar?

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Welke omstandigheden geven verbetering?

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

\_\_\_\_\_

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?

---

### ***Ziektegeschiedenis***

Erfelijke aandoeningen (hart- en vaatziekten, reuma, kanker, suikerziekte, huidaandoeningen, etc.)  
en niet-erfelijke aandoeningen (moeder, vader, en overige familieleden)?

---

Welke inentingen heeft uw kind reeds gehad?

---

Hoe reageerde uw kind hierop? (ziek, niet ziek, veel koorts, weinig koorts, onrustig)

---

Waar is uw kind het meest ziek van geweest?

---

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

---

### ***Zwangerschap***

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

---

Heef u medicijnen geslikt tijdens uw zwangerschap? zo ja, welke? waarvoor en wanneer?

---

Hoe verliep de bevalling?

---

Andere bevallingen?

---

**Kind Algemeen**

Heeft uw kind al zijn volledig 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?

---

Wordt uw kind 's nachts wakker, hoe laat?

---

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?

---

*Is uw kind*

	Ja/nee
Jantje lacht, jantje huult	0 0
Snel op zijn tenen getrapt	0 0
Traag, lui	0 0
Schrikkerig	0 0
Rusteloos, druk	0 0
Zindelijk; dag en nacht	0 0
Traag met lopen, staan en praten e.d.	0 0
Klein voor zijn leeftijd	0 0
Groot voor zijn leeftijd	0 0
Snel moe	0 0
Bang om alleen te zijn	0 0

*Vindt uw kind:*

Het prettig aangehaald te worden	0 0
Het vervelend om aangehaald te worden	0 0

*Heeft uw kind:*

	ja/nee
Een slechte concentratie	0 0
Veel vriendjes	0 0
Speelt graag alleen	0 0
Veel dorst	0 0
Weinig dorst	0 0
Slechte eetlust	0 0
Goede eetlust	0 0
Veel behoefte aan zoetheid	0 0
Last van eczeem	0 0
Last van wratten	0 0
Last van diarree	0 0
Last van obstipatie	0 0
Last van allergie	0 0

*Aanvullende informatie:*

---

---

---