

Wilt u dit formulier invullen en opsturen voorafgaand aan de eerste afspraak?

Naam kind \_\_\_\_\_ m/v  
Adres \_\_\_\_\_  
Postcode/Plaats \_\_\_\_\_  
Naam ouders/verzorgers \_\_\_\_\_  
Gezinssamenstelling \_\_\_\_\_  
Telefoon \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_  
Geboortedatum kind \_\_\_\_\_ Geboorteplaats \_\_\_\_\_  
Verzekering + nummer kind \_\_\_\_\_  
Naam/Tel. Huisarts \_\_\_\_\_  
Naam + Tel School/Leerkracht \_\_\_\_\_  
Religie/spiritualiteit \_\_\_\_\_  
Gewicht kind \_\_\_\_\_ Lengte \_\_\_\_\_

**Wat is de voornaamste klacht waarvoor het kind bij praktijk Open Hart komt?** \_\_\_\_\_

Waar zit het? \_\_\_\_\_ Wanneer begonnen? \_\_\_\_\_  
Wanneer en hoe begint deze klacht? \_\_\_\_\_  
Wat is het verloop van deze klacht? \_\_\_\_\_  
Wat beïnvloedt deze klacht positief? \_\_\_\_\_  
Wat beïnvloedt deze klacht negatief? \_\_\_\_\_  
Wat is de pijnbeleving op een schaal van 0 (geen pijn) tot 10 (ondraaglijk) \_\_\_\_\_  
Is het kind hier voor behandeld geweest of nu onder behandeling? \_\_\_\_\_ O ja O nee  
Bij welke arts/specialist/therapeut? \_\_\_\_\_  
Wat is de diagnose? \_\_\_\_\_

Is het kind eerder ergens getest? \_\_\_\_\_ O ja O nee  
Zo ja, waarvoor en welke test? \_\_\_\_\_  
Is het kind wel eens gemasseerd? \_\_\_\_\_ O ja O nee  
Zo ja, door wie? \_\_\_\_\_  
Hoe vond het kind de massage? \_\_\_\_\_

Weet het kind waarvoor hij/zij komt? \_\_\_\_\_ O ja O nee

Wat verwacht u van deze behandeling? \_\_\_\_\_

1. Heeft het kind een ziekte of aandoening (gehad)? \_\_\_\_\_ O ja O nee  
O hart O longen O suiker O gehoor O gezichtsvermogen O huid O auto-immuun  
O lever O nieren O maag O darmen O hersenen O anders: \_\_\_\_\_  
Is het kind hiervoor behandeld of onder behandeling? \_\_\_\_\_ O ja O nee  
Bij welke arts/specialist/therapeut? \_\_\_\_\_
2. Heeft het kind een ziekte of aandoening (gehad) in wervelkolom/nek/rug/gewricht? \_\_\_\_\_ O ja O nee  
Zo ja, welke? \_\_\_\_\_  
Is het kind hiervoor behandeld of onder behandeling? \_\_\_\_\_ O ja O nee  
Bij welke arts/specialist/therapeut? \_\_\_\_\_
3. Welke ziektes heeft het kind gehad \_\_\_\_\_  
Is het kind ingeënt? \_\_\_\_\_ O ja O nee  
Zo ja, welke en wanneer? \_\_\_\_\_  
Heeft het kind littekens (inwendig en/of uitwendig)? \_\_\_\_\_ O ja O nee  
Zo ja, wanneer en waar op het lichaam? \_\_\_\_\_  
Heeft het kind een tekenbeet gehad? \_\_\_\_\_ O ja O nee  
Zo ja, wanneer en waar op het lichaam? \_\_\_\_\_

4. Ondervindt het kind last van  O stemmingen  O somberheid  O boosheid  O vermoeidheid  O stress  
 Zijn er trauma's in het leven van het kind?  O ja  O nee  
 Zijn er stressvolle situaties in het gezin?  
 (denk aan scheiding, ziektes, overlijden, ontslag, verhuizing, verdriet, geweld, schaamte etc)  O ja  O nee  
 Is het kind hiervoor behandeld geweest of nu onder behandeling?  O ja  O nee  
 Bij welke arts/specialist/therapeut? \_\_\_\_\_

5. Gebruikt het kind medicijnen?  O ja  O nee  
 Zo ja, welke en waarvoor? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

6. Heeft het kind een psychische diagnose gehad?  O ja  O nee  
 Zo ja, welke? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**7. Slaap**

- Valt het kind makkelijk in slaap?  O ja  O nee  
 Hoe laat gaat het kind naar bed? \_\_\_\_\_  
 Wordt het kind 's nachts wakker? \_\_\_\_\_  
 Hoeveel uur slaapt het kind? \_\_\_\_\_  
 Droomt het kind veel?  O ja  O nee  
 Waar droomt het kind van? \_\_\_\_\_  
 (zijn er nachtmerries, wanneer en frequentie)

**8. Voeding**

- Wat eet het kind graag? \_\_\_\_\_  
 Wat lust het kind niet? \_\_\_\_\_  
 Waaruit bestaan de tussendoortjes? \_\_\_\_\_  
 Hoeveel snoep krijgt het kind op een dag? \_\_\_\_\_  
 Wat drinkt het kind? \_\_\_\_\_  
 Heeft het kind weinig of veel dorst? \_\_\_\_\_  
 Zijn er voedselintoleranties? \_\_\_\_\_  O ja  O nee  
 Hoe is de ontlasting?  
 o dagelijkse stoelgang  o vast & droog  o vast & nat (laat sporen na)  o opgezette buik  
 o misselijkheid  o winderigheid  o buikpijn/buikkrampen  o maagzuur  
 Is er sprake van obstipatie of diarree?  O ja  O nee  
 Is er sprake van bloed bij ontlasting?  O ja  O nee

**9. Hoe voelt het kind zich over het algemeen?**

- Thuis \_\_\_\_\_ op school \_\_\_\_\_  
 In gezelschap bij vriendjes \_\_\_\_\_ overig \_\_\_\_\_  
 Bij de sport \_\_\_\_\_ als het alleen is \_\_\_\_\_

Kunt u bijzonderheden noemen over :

- ♥ De belangstelling of nieuwsgierigheid die het kind toont voor de dingen om zich heen? \_\_\_\_\_
- ♥ De manier of gemak waarop het kind zich kan concentreren? \_\_\_\_\_
- ♥ Het karakter van het kind? \_\_\_\_\_
- ♥ Wat zijn de kwaliteiten van het kind? \_\_\_\_\_
- ♥ Welke kwaliteiten mag het kind nog meer ontwikkelen? \_\_\_\_\_

- Waarin blinkt het kind echt uit? \_\_\_\_\_  
 Met welke dingen heeft het kind nog moeite? \_\_\_\_\_  
 Wat gaat gemakkelijk? \_\_\_\_\_  
 Hoe gaat het op school? \_\_\_\_\_  
 Wat is de voorkeurshand? \_\_\_\_\_  
 Hoe vaak speelt het kind buiten? \_\_\_\_\_  
 Hoeveel uur per dag wordt er TV gekeken? \_\_\_\_\_  
 Hoeveel uur per dag wordt de PC/mobiele telefoon/laptop gebruikt? \_\_\_\_\_

Heeft het kind een hobby? Zo ja welke? \_\_\_\_\_  
 Hoeveel beweegt het kind? \_\_\_\_\_  
 Sport het kind? \_\_\_\_\_  
 Wordt er een muziekinstrument bespeelt? Zo ja, welke? \_\_\_\_\_  
 Gaat of ging het kind naar een BSO/Kinderopvang? \_\_\_\_\_  
 Hoe/wanneer/waarmee ontspant uw kind zich? \_\_\_\_\_

**10. Sociaal**

Hoe is de omgang met ouders, broers, zussen? \_\_\_\_\_  
 Heeft het kind vriendjes? \_\_\_\_\_  
 Met wie speelt het kind het vaakst? \_\_\_\_\_  
 Speelt het kind wel eens alleen? \_\_\_\_\_  
 Wat/hoe speelt het kind als hij/zij alleen is? \_\_\_\_\_  
 Speelt het kind ook bij vriendjes? \_\_\_\_\_  
 Gaat het kind wel eens logeren? \_\_\_\_\_

**11. Hoe verliep de zwangerschap?**

Hoe verliep de geboorte? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Hilde het kind veel als baby? \_\_\_\_\_ O ja O nee  
 Overstreekte het kind zich als baby? \_\_\_\_\_ O ja O nee  
 Hoe verliep de motorische ontwikkeling – zowel de fijne als de grove motoriek? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Heeft de baby gekropen? \_\_\_\_\_ O ja O nee  
 Wanneer ging het kind staan? \_\_\_\_\_  
 Wanneer ging het kind lopen? \_\_\_\_\_  
 Waren er bijzonderheden op het consultatiebureau? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**12. Zijn er ziekenhuisopnames/operaties geweest?** O ja O nee  
 Zo ja, wanneer, waarvoor en hoe verliep het herstel? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**13. Is het kind allergisch?** O ja O nee  
 Zo ja, waarvoor en in welke mate? \_\_\_\_\_  
 Is het kind hiervoor behandeld of onder behandeling? O ja O nee  
 Bij welke arts/specialist/therapeut? \_\_\_\_\_

# Wilt u aankruisen welke punten op het kind van toepassing zijn?

pag. 4/4

## Algemeen

- Hoofdpijn, dagelijks/wekelijks/maandelijks, waar in het hoofd \_\_\_\_\_
- Slapeloosheid
- Gewichtsverandering, afname/toename
- Duizeligheid
- Moeheid, continu/ochtend/middag/avond
- Allergie
- Opgezette klieren

## Luchtwegen

- Chronisch hoesten
- Chronisch verkouden
- Astma / bronchitis / COPD
- Keelpijn/keelontstekingen
- Ontstekingen bijholtes
- Oorsuizen

## Hart/bloedvaten/doorbloeding

- Pijn/beklemmend gevoel op de borst
- Hartkloppingen
- Koude handen/voeten

## Urinewegen

- Nierinfectie/nierstenen
- Pijn bij het plassen
- Blaasontsteking
- Verandering urine

## Huid

- Eczeem/uitslag
- Snel blauwe plekken
- Droge huid/transpiratie
- Jeuk

## Spieren/gewrichten

- Gespannen/slappe spieren
- Lage rugpijn
- Nekpijn
- Tintelingen/uitstraling
- Spierpijn/spierkrampen
- Bewegingsbeperkingen

## Gesteldheid

- Huilerig / emotioneel
- Zachtaardig / gevoelig / HSP
- Hard voor zichzelf
- Moeite met hulp vragen
- Competitief / gedreven winnaarinstelling
- Hard of veeleisend voor anderen
- Opgewekt / vrolijk
- Levenslustig
- Onstuimig / impulsief
- Depressief
- Zenuwachtig
- Concentratiezwakte
- Angstig
- Veel piekeren
- Geïrriteerd
- Perfectionistisch
- Schrikkerig
- Onrustig
- Verlegen
- Lui / hangerig / gelaten / in-actief
- Druk / hyperactief
- Wanhopig
- Boos/woedend

## Tot slot:

Is er een rode draad in het leven van uw kind? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Zijn er ernstige of chronische ziekten in de familie? O ja    O nee  
Zo ja, welke? \_\_\_\_\_

Is er nog iets van belang om te weten in het kader van de behandeling / wilt u nog iets toevoegen? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Alle gegevens zijn door ons naar waarheid ingevuld

Naam en handtekening beide ouders: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Woonplaats: \_\_\_\_\_