



Praktijk voor
OSTEOPATHIEHELMOND

Vragenlijst © baby's en kleuters

Algemene gegevens

- Achternaam:
- Adres:
- Woonplaats;
- Burger Service Nummer:
- Is er sprake van een tweeling (of meerling):
- Namen ouders:
- Email:
- Telefoon: • Mobiel: 06 -
- Huisarts: Te:
- Consultatiebureau:
- Kinderarts: Te:
- Verwezen door:

- Wat is de reden voor raadpleging:
.....
.....

GEZONDHEIDSTOESTAND MOEDER VOOR / TIJDENS ZWANGERSCHAP

Verschillende aspecten van de gezondheid van de moeder blijken vaak van belang bij de groei en ontwikkeling van het nog ongeboren kind!

- Leeftijd moeder ten tijde van zwangerschap: jaar
- Eerdere zwangerschappen? Ja Nee
Zo ja, hoe zijn de vorige zwangerschappen verlopen
.....
- Hebt u **voor** uw zwangerschap ziekten, infecties en / of operaties doorgemaakt? Ja Nee
Zo ja, welke
.....
- Bent u voor of tijdens de zwangerschap door een (para) medicus behandeld? Ja Nee
Zo ja, reden
.....
- Hebt u tijdens de zwangerschap klachten aan (onder-) rug / bekken gehad? Ja Nee
- Hebt u tijdens de zwangerschap andere klachten gehad? Ja Nee
(vb. hoge/lage bloeddruk, maag-/darmklachten, pijn in buik, weeën voor de 37 weken)
Zo ja, welke
.....
- Hebt u tijdens de zwangerschap medicatie gebruikt? Ja Nee
Zo ja, welke, waarvoor
.....
- Was u betrokken bij een ongeval tijdens de zwangerschap? Ja Nee
Zo ja, wat waren de verwondingen
.....
- Hebt u gewerkt tijdens de zwangerschap? Ja Nee
Zo ja, soort werk
.....
- Hoeveel weken voor uitgetelde datum bent u gestopt met werken? weken
- Was uw gezondheid tijdens de zwangerschap een reden om eerder met zwangerschapsverlof te gaan? Ja Nee
- Hebt u veel stress gehad tijdens de zwangerschap? Ja Nee
- Hoeveel kilo bent u tijdens de zwangerschap aangekomen? kg
- Lag uw kind voor de bevalling in een: hoofdligging / stuitligging
- Hebt u IVF-, hormoon- en/of andere behandeling gehad om zwanger te geraken? Ja Nee

VERLOOP VAN UW BEVALLING

Iedere bevalling op zich is bijzonder en uniek, om een verdere indruk te krijgen aan welke "spanningen" met name het schedeltje van uw kind heeft blootgestaan.

- Waar bent u bevallen? thuis / ziekenhuis
Indien de bevalling in het ziekenhuis heeft plaatsgevonden, wat was hiervoor de reden
.....
- Met hoeveel weken bent u bevallen? weken
- Hoelang heeft u actief geperst? uur
- Werd de bevalling ingeleid? Ja Nee
Zo ja, wat was reden
.....
- Zijn er tijdens de bevalling complicaties opgetreden? Ja Nee
Zo ja, wat waren de complicaties
.....
- Is er tijdens de bevalling gebruikt gemaakt van:
 - Vacuüm verlossing (zuignap) Ja Nee
Zo ja, hoeveel pogingen zijn ondernomenmaal
 - Keizersnede Ja Nee
Zo ja, reden.....
- Had uw kind een bloeduitstorting / bult op het hoofdje? Ja Nee
- Gedurende hoeveel dagen is deze bult zichtbaar gebleven? dagen
- Had uw kind een "bloeding" aan één of beide ogen? Ja Nee
- Had uw kind de navelstreng rondom zijn nek? Ja Nee
- Heeft uw kind in de couveuse gelegen? Ja Nee
Zo ja, hoeveel dagen dagen
Zo ja, reden
- Is uw kind direct na de bevalling door een kinderarts onderzocht? Ja Nee
Zo ja, wat waren de bevindingen
.....

INFORMATIE BETREFFENDE UW ZOON / DOCHTER

Deel van de onderstaande vragen hebben wellicht nog geen betrekking op uw kind omdat het de betreffende fase of leeftijd nog niet heeft bereikt. Vragen welke nog niet van toepassing zijn kunt u overslaan.

ALGEMEEN

- Wat was het gewicht van uw kind bij geboorte? gram
- Is bij uw kind een aangeboren afwijking geconstateerd? Ja Nee
- Hebt u de indruk dat uw kind:
 - Vaak gespannen / onrustig is Ja Nee
 - Zich snel overstrekt Ja Nee
 - Snel schrikt / geprikkeld is Ja Nee
 - De vuistjes gebald heeft Ja Nee
 - Het hoofd altijd naar dezelfde kant draait (voorkeurskant)
Zo ja, altijd naar links rechts Ja Nee
 - Buikklachten heeft Ja Nee
 - Moeite heeft met poepen Ja Nee
 - Met zijn ogen loent Ja Nee
 - Snel oogontstekingen heeft Ja Nee
 - Eczeem / huiduitslag heeft Ja Nee
 - Is uw kind betrokken geweest bij een ongeval? Ja Nee
 - Is uw kind wel eens ergens vanaf gevallen (vb tafel / trap / commode)? Ja Nee

KNO

- Moeite heeft met slikken Ja Nee
- Vaak verkouden is / loopneus heeft Ja Nee
- Regelmatig luchtweginfecties heeft Ja Nee
- Astma heeft Ja Nee
- Regelmatig oorontsteking heeft Ja Nee

HUILEN

- Ontroostbaar is bij het huilen Ja Nee
- Tijdens het huilen / krijsen erg beweeglijk is Ja Nee
- Hoeveel uur huilt uw kind gemiddeld per 24 uur? uur

SLAPEN

- Hebt u de indruk dat uw kind:
 - Moeite heeft met inslapen Ja Nee
 - Snel wakker schrikt tijdens het slapen Ja Nee
 - 's Nachts moeilijk doorslaapt Ja Nee
 - Zo ja, hoe vaak wakker keer
- Hoe vaak en hoe lang slaapt uw kind overdag keer
..... uur

VOEDING

- Heeft uw kind borstvoeding gehad? Ja Nee
Zo ja, aantal maanden mnd
Reden van stoppen.....
- Gewichttoename verloopt afwijkend? Ja Nee
- Lengtetoeiname verloopt afwijkend? Ja Nee
- Heeft uw kind een overgevoeligheid voor bepaalde voedingsmiddelen? Ja Nee
- Geeft u uw kind aangepaste / hypoallergene voeding? Ja Nee
- Moet uw kind vaak spugen? Ja Nee
- Heeft uw kind moeite met drinken? Ja Nee
- Verslikt uw kind zich vaak? Ja Nee

GEDRAG (KLEUTER)

- Hebt u de indruk dat uw kind:
 - Zichzelf moeilijk kan bezighouden? Ja Nee
 - Problemen heeft met zijn / haar motorische ontwikkeling? Ja Nee
 - Snel geprikkeld / boos is? Ja Nee
 - Vaak over hoofdpijn klaagt? Ja Nee
 - Vaak over buikpijn klaagt? Ja Nee
 - Moeite heeft met de ontlasting? Ja Nee

ZIEKTEN

- Na hoeveel maanden heeft uw kind zijn eerste vaccinatie gehad? mnd
- Heeft uw kind een reactie op de vaccinatie vertoond?
Zo ja, wat waren de symptomen Ja O Nee O
.....
- Welke (kinder-)ziekten heeft uw kind doorgemaakt (vb longontsteking / meningitis)?
.....
- Heeft uw kind stuipen gehad? Ja O Nee O
- Komen er familiale klachten voor binnen uw familie of gezin?
Zo ja, welke Ja O Nee O
.....

MEDICATIE / BEHANDELING

- Heeft uw kind medicatie (gehad)? Ja O Nee O
Zo ja, waarvoor en wanneer
.....
- Is uw kind eens doorverwezen naar een kinderarts? Ja O Nee O
- Staat uw kind op dit moment onder controle van een medisch specialist?
Zo ja, bij wie en waarvoor Ja O Nee O
.....
- Wordt of is uw kind door een therapeut behandeld (fysiotherapeut, enz.)? Ja O Nee O
- Heeft uw kind operatie(s) gehad (vb amandelen / neus / oren)? Ja O Nee O
Zo ja, welke
.....

Hieronder is ruimte voor eventuele aanvullingen op bovenstaande vragen:

EINDE VRAGENLIJST

Gelieve deze vragenlijst mee te brengen bij de eerste afspraak.
Lees (nogmaals) tips vóór behandeling baby's en kinderen op onze website.

Wij danken u hartelijk voor uw tijd en medewerking.