



J.A.L. Posthuma D.O.-MRO NL lid NVO  
# Bronovolaan 3 NRO nr. 991103  
2597 AX Den Haag, NL Tel: 015-3610874 AGB code 90-024435  
# Acacialaan 2d KvK 27359804  
2641 AC Pijnacker, NL Tel.: 015 361 0874  
# van Breestraat 193-195  
1071 ZN Amsterdam, NL Tel: 020 662 9348  
Mob.: 06-45486709  
E-mail: osteopathie\_posthuma@casema.nl

## Intake formulier kinderen / baby's

Geachte Mevrouw, Meneer,  
Wilt u onderstaande vragen aandachtig doorlezen en zo nauwkeurig mogelijk beantwoorden. Bij het intakegesprek zullen de gegevens met u worden besproken. Uiteraard blijven alle gegevens strikt beroepsgeheim en zullen patiëntgegevens onder alle geldende eisen worden bewaard. Bij voorbaat dank.

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

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

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

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

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

Geb. datum : \_\_\_\_\_

Tel (mobiel): \_\_\_\_\_

E-mailadres: \_\_\_\_\_

Burgerservicenummer: \_\_\_\_\_

Sport, hobby, vrije tijd : \_\_\_\_\_

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

Huisarts : \_\_\_\_\_ Vestigingsplaats: \_\_\_\_\_

Ik maak bezwaar tegen verzending van een rapport naar mijn huisarts

Door wie bent u geïnformeerd / geadviseerd : \_\_\_\_\_

Wat is de voornaamste klacht ? : \_\_\_\_\_

Wanneer is deze klacht begonnen en onder welke omstandigheden ? : \_\_\_\_\_

Zijn er pijnklachten ? kunt u de aard van de pijn omschrijven (b.v. stekend, brandend, zeurend, schietend etc.):

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

Welke omstandigheden geven verbetering ? (b.v. koude, warmte rust, stress hoger, eten , lichaamshouding, beweging):



J.A.L. Posthuma D.O.-MRO NL lid NVO  
# Bronovolaan 3 NRO nr. 991103  
2597 AX Den Haag, NL Tel: 015-3610874 AGB code 90-024435  
# Acacialaan 2d KvK 27359804  
2641 AC Pijnacker, NL Tel.: 015 361 0874  
# van Breestraat 193-195  
1071 ZN Amsterdam, NL Tel: 020 662 9348  
Mob.: 06-45486709  
E-mail: osteopathie\_posthuma@casema.nl

En welke verergering?: \_\_\_\_\_

Hoe voelt uw kind / baby zich in het algemeen? (verdrietig, angstig, rusteloos, geïrriteerd): \_\_\_\_\_

Zijn er momenten op een dag van inzinking?: \_\_\_\_\_

Wordt uw kind / baby 's nachts wakker, hoe laat?: \_\_\_\_\_

Hoe is de stoelgang \_\_\_\_ x dagelijks / \_\_\_\_ x per week. Regelmatig / Onregelmatig

Consistentie: vast/ breiig/ zacht/ waterig.  
donkerbruin/ zwart

Kleur: wit/ lichtbruin/ geelbruin/

Is er een voor- of afkeur voor zoet, zuur, pikant, bitter?

Voorkeur: \_\_\_\_\_ Afkeur: \_\_\_\_\_

Welke spijzen en/of dranken liggen niet goed?: \_\_\_\_\_

Is er een grote behoefte aan zoetheid?: JA/NEE \_\_\_\_\_

Heeft of krijgt uw baby / kind borstvoeding? : \_\_\_\_\_

Zo niet, welke voeding krijgt hij dan: \_\_\_\_\_

Drinkt uw kind / baby melkproducten (geen bortsvoeding), zo ja hoeveel?: \_\_\_\_\_

Zijn er buiten de reden voor het bezoek nog recente bijkomende klachten?:

1 \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

3 \_\_\_\_\_

Familiare ziekten: Erfelijke en niet erfelijke aandoeningen

Moeder: \_\_\_\_\_

Vader: \_\_\_\_\_

Overige familieleden: \_\_\_\_\_

Hoe is de gezinssamenstelling? : \_\_\_\_\_

Wilt u op deze pagina aankruisen welke punten voor uw kind / baby van toepassing zijn.

De linker kolom is voor **oude** klachten, de rechterkolom is voor **recente** klachten

\*Bij de keuze mogelijkheden graag doorhalen wat niet van toepassing is

**Algemeen**

Hoofdpijn: dagelijks/ wekelijks / maandelijks \*

Waar in het hoofd ?:

Slapeloosheid

Slecht slapen

Gewichtsveranderingen: Toename / Afname \*

Overstrekken

Vermoeidheid: continu/ochtend/middag/ avond \*

Allergie:

**Luchtwegen/ KNO**

Chronisch hoesten

Chronisch verkouden

Astma

Keelpijn / keelontstekingen

Sinusitis

Oorontstekingen

**Hart en bloedvaten**

\_\_\_\_\_

**Urinewegen**

Pijn bij het plassen

Blaasontsteking

Verandering urine

Zindelijk JA / NEE

**Maag en darmen**

Darmontstekingen

Verstoppingen

Diarree

Opgeven v/d voeding

Opgezette buik

Misselijkheid

Winderigheid

Buikpijn / krampen \*

Overig: \_\_\_\_\_

**Spiieren en gewrichten**

Gespannen / slappe spieren\*

Lage rugpijn

Nekpijn

Tintelingen / uitstraling

Spierpijnen / krampen \*

Bewegingsbeperking

Langzame motorische ontwikkeling (kruipen / lopen)

**Huid**

Eczeem / uitslag \*

Snel blauwe plekken

Droge huid

Overmatige transpiratie

Jeuk

**Gesteldheid**

Schrikkerig

Onzeker

Traag in ontwikkeling

Concentratiezwakte

Angst

Veel piekeren

Lusteloosheid

Opkroppen

Weinig zelfvertrouwen

Verdriet, droefheid

Besluiteloosheid

Agressief tegen andere kinderen / ouders \*

Overig: \_\_\_\_\_

Hoe was de zwangerschap?: \_\_\_\_\_

Gebruikte u medicatie tijdens de zwangerschap?: \_\_\_\_\_

Hoe was de bevalling: normale bevalling / keizersnede / tang of vacuümverlossing? :  
\_\_\_\_\_

Met hoeveel weken werd uw kind geboren?: \_\_\_\_\_

Heeft uw baby in de couveuse gelegen? , hoe waren de eerste dagen na de bevalling?:  
\_\_\_\_\_

### Ziektegeschiedenis

Kunt u zo chronologisch mogelijk beschrijven:

- Welke ziekten uw kind / baby heeft gehad, operaties en behandelingen, ook kleine zaken als eczeem reactie op vaccinatie, etc.
- De doorgemaakte kinderziekten
- Belangrijke ontwikkelingen in het leven van uw kind / baby
- Bezoeken aan het buitenland (buiten europa)

LEEFTIJD	ZIEKTE / KLACHT / ZWANGERSCHAP / ONTWIKKELING

Is uw kind / baby afgezien van bovenstaande gegevens, ooit onder behandeling geweest van een fysiotherapeut, manueel therapeut, specialist of alternatief genezer (bijvoorbeeld homeopaat, chiropractor, acupuncturist)  
\_\_\_\_\_

Welke ziekte of belangrijke ontwikkeling was het meest ingrijpend?  
\_\_\_\_\_