

Vragenlijst kinderen (0 t/m 3 jaar)

Datum : ____ / ____ / 20____
Naam : _____
Voornaam : _____
Voorletters : _____
Geb.dt. : ____ / ____ / 20____
Adres : _____
Woonplaats : _____
Telefoon : 0 _____ - _____
Mobiel : 06 - _____

Komt u via Huisarts / Specialist / anders: _____

Verzekering : _____
Verzekeringsnr : _____
Huisarts : _____
Verloskundige : _____
Gynaecoloog : _____

Klachten

Wat is de belangrijkste klacht:

Wanneer is de klacht voor het eerst begonnen:

Houdt dit verband met een bepaalde gebeurtenis:

Verloop zwangerschap

Heeft u eerder een miskraam gehad of een niet voldragen

zwangerschap : Ja / Nee

Zo ja, wanneer : _____

Waren er complicaties of moeilijkheden tijdens de

zwangerschap, zoals:

	Wanneer/hoelang
Ontstekingen	: _____
Overgeven	: _____
Overmatige gewichtstoename	: _____
Suikerziekte	: _____
Voortijdige bloeding	: _____
Bloedarmoede	: _____
Rugpijn	: _____
Bloedvergiftiging	: _____
Verhoogde bloeddruk	: _____
Voortijdige weeën	: _____
Ongeval	: _____

Ouder/verzorgers

Naam : _____

Geb.dt. : ____ / ____ / ____

Gehuwd / ongehuwd / gescheiden

Huisarts : _____

Beroep vader : _____

Beroep moeder : _____

Bloedgroep moeder : _____

Rhesusfactor : _____

Gezinssituatie

Aantal kinderen : _____

Geb.dt. : _____

Geslacht : _____

Naam : _____

Wanneer is de klacht aanwezig:

0 Constant 0 Wisselend

0 's morgens 0 's middags 0 's nachts

In relatie met voeden : _____

In relatie met ontlasting : _____

Is de zuigreflex hierdoor beïnvloed : _____

Gebruikte u tijdens uw zwangerschap:

Medicijnen : _____

Alcohol : _____

Tabak : _____

Zijn er echo's gemaakt tijdens de zwangerschap: Ja / Nee

Zo ja, wanneer : _____ wkn

Duur van de zwangerschap

0 Te vroeg, aantal dagen / weken: _____

0 Voldragen

0 Overtijd, aantal dagen / weken : _____

De bevalling

Gemak/situatie van de geboorte

0 Normaal 0 Moeilijk 0 Zeer moeilijk

Type bevalling:

0 Natuurlijk 0 Vacuümpomp
0 (Spoed) Keizersnede 0 Tangverlossing
0 Opgewekt 0 Stuitligging
0 Aangezichtsligging

Medicatie tijdens de bevalling:

Tijdsduur weeën : _____uur

Tijdsduur persweeën : _____uur

Begeleiding tijdens de bevalling

0 Huisarts 0 Gynaecoloog
0 Verloskundige 0 Kinderarts

Geboortegewicht : _____gr

Lengte : _____cm

Hoofd omtrek : _____cm

APGAR score : _____

Voeding

Borstvoeding:

Tijdsduur enkel borstvoeding : _____min
Frequentie van de voeding : _____
Wordt de voeding tweezijdig gegeven : Ja / Nee
Zijn er moeilijkheden : _____
Voorkeur voor linker of rechter borst : R / L
Zijn er moeilijkheden : _____

Flesvoeding:

Type formula : _____
Hoeveel gram per voeding : _____gr
Frequentie van de voeding : _____
Tijdsduur 1 voeding : _____min

Vast voedsel:

Wanneer geïntroduceerd : _____mnd
Voorkeur voor : _____
Afkeur voor : _____

Voedingsgedrag:

0 Gretig 0 Ongeïnteresseerd
0 Goed 0 Weinig
0 Overgeven
Wanneer/ in relatie tot voeding : _____
0 Winderigheid
Wanneer / hoe vaak : _____
0 Boeren
Wanneer / hoe vaak : _____

Gedrag

Slapen:

Patroon : _____
Tijdsduur slaap : _____
Slaappositie : _____
Wordt slaappositie gewisseld : Ja / Nee

Huilen:

Wanneer : _____
Is er regelmaat : _____
Type : _____

Contact:

Zoekt uw kind contact met de omgeving : Ja / Nee Zo ja, hoe _____
Hoe is de reactie op aanrakingen : _____
Hoe is de reactie op plotselinge bewegingen : _____

Inentingen

Leeftijd	Injectie 1	Zo ja, reactie	Injectie 2	Zo ja, reactie
0 maanden	HepB	Ja / Nee : _____		
2 maanden	DKTP-Hib	Ja / Nee : _____	Pneu	Ja / Nee : _____
3 maanden	DKTP-Hib	Ja / Nee : _____	Pneu	Ja / Nee : _____
4 maanden	DKTP-Hib	Ja / Nee : _____	Pneu	Ja / Nee : _____
11 maanden	DKTP-Hib	Ja / Nee : _____	Pneu	Ja / Nee : _____
14 maanden	BMR	Ja / Nee : _____	MenC	Ja / Nee : _____

Overige vaccinaties

Meningitis	Ja / Nee : _____	Pokken	Ja / Nee : _____
------------	------------------	--------	------------------

Overige informatie

Heeft uw kind een van de volgende gebeurtenissen doorgemaakt, zo ja wanneer en hoe / waarom?

Lies/navelbreuk	: _____
Val	: _____
Ongeval	: _____
Ziekenhuisopname/Operatie	: _____
Botbreuk	: _____
Huidige/vroegere medicatie	: _____

Ontwikkeling

Op welke leeftijd heeft u kind voor het eerst:

Gelachen	: _____ mnd	Hoofd opgehouden	: _____ mnd
Zitten zonder hulp	: _____ mnd	Kruipen	: _____ mnd
2 of 3 herkenbare woordjes gesproken	: _____ mnd	Lopen zonder hulp	: _____ mnd
Houdt een beker vast en drinkt zelf	: _____ mnd	2 of 3 woorden als een zin gebruikt	: _____ mnd
Zich zelf aankleden	: _____ mnd		

Familie

Is er in uw familie iemand bekend met, Zo ja, wat is de relatie tot deze persoon.

Suikerziekte	Ja / Nee : _____
Hartziekte	Ja / Nee : _____
Kanker	Ja / Nee : _____
Herseninfarct	Ja / Nee : _____
Nierziekten	Ja / Nee : _____
Gewrichtsontstekingen	Ja / Nee : _____
Bloedziekten	Ja / Nee : _____
Hoofdpijn	Ja / Nee : _____
Erfelijke ziekten	Ja / Nee : _____
Spierziekten	Ja / Nee : _____
Zenuwstelsel aandoeningen	Ja / Nee : _____

Mogen wij de huisarts informeren Ja / Nee

Mogen wij overleggen met samenwerkende collega's Ja / Nee

Bij ondertekening accepteert u de geldende algemene voorwaarden en het privacy beleid

Ondergetekende vertegenwoordiger verklaart op te treden voor de aan op de eerste pagina van deze vragenlijst genoemde cliënt, in de hoedanigheid van ouder of juridisch vertegenwoordiger te weten verzorger / voogd:

Datum: ____ / ____ / 20 ____