

ONTWIKKELINGSVRAGENLIJST

(In te vullen door ouders)

Naam cliënt:

Geboortedatum:

Datum van invullen:

Toelichting:

- In het kader van nader onderzoek van uw kind (i.s.m. de kinder- en jeugdpsychiater) willen wij u diverse vragen stellen over de ontwikkeling (in lichamelijke zin, in psychische zin en sociaal-emotionele zin). Om onze tijd en die van u zo efficiënt mogelijk te gebruiken, hebben we ervoor gekozen de meest gestelde vragen op te schrijven, zodat u die thuis in alle rust kunt beantwoorden. De vragen zijn gegroepeerd rond bepaalde ontwikkelingsperioden en/of ontwikkelingsterreinen.
- Mocht u ter toelichting het één en ander erbij willen schrijven, dan is ons dat zeker welkom.
- Omdat de vragen ook gelden voor oudere kinderen, kan het zijn dat bepaalde vragen voor uw kind nog niet van toepassing zijn, omdat uw kind nog niet zo oud is. Als u wilt, kunt u in zo'n geval antwoorden met n.n.v.t. (nog niet van toepassing).
- Aan de hand van de vragenlijst zal in een gesprek met u ingegaan worden op een aantal details. Als u de ingevulde vragenlijst al eerder wil brengen of naar ons opsturen, dan is dat ons zeer welkom.
- De vragenlijst zal veilig worden opgeborgen in het persoonlijk dossier van uw kind, dat volgende de regels van de wet op de bescherming van persoonsgegevens bij ons wordt aangelegd en bewaard.

Deze vragenlijst bevat vragen over de volgende onderdelen:

1. Zwangerschap en bevalling
2. Babyfase
3. Motorische ontwikkeling
4. Zintuiglijke ontwikkeling
5. Spraak- en taalontwikkeling
6. Zindelijkheid en zelfstandigheid
7. Sociaal-emotionele ontwikkeling
8. Gezin, familie, ingrijpende gebeurtenissen
9. Lichamelijke ziekten en klachten
10. Familiaire belasting

1. ZWANGERSCHAP EN BEVALLING

X: zet een kruisje bij het juiste voorvakje

Zwangerschap:

Voor de hoeveelste keer was de moeder deze keer zwanger?

<input type="checkbox"/>	eerste keer
<input type="checkbox"/>	tweede keer
<input type="checkbox"/>	Anders namelijk:

Was de zwangerschap gepland?

<input type="checkbox"/>	Ja
<input type="checkbox"/>	Nee

Was de zwangerschap gewenst?

<input type="checkbox"/>	Ja
<input type="checkbox"/>	Nee

Was het kind extra beweeglijk in de buik?

<input type="checkbox"/>	Ja
<input type="checkbox"/>	Nee

Gebruikte u gemiddeld meer dan 2 alcohol-consumpties per dag?

<input type="checkbox"/>	Nee
<input type="checkbox"/>	Zo ja, hoeveel?:

Zijn er bijzonderheden over het verloop van de zwangerschap te vertellen?

<input type="checkbox"/>	Zo ja, welke?:
--------------------------	----------------

Denk bijvoorbeeld aan bloedarmoede, veel braken, bloedverlies, pijn, ontstekingen, ongeval, suiker-ziekte, dieet, groeiachterstand van de vrucht, gewichtstoename van de moeder met meer dan 10 kg, hoge bloeddruk, toxicose, bedrust, opname, angsten of depressiviteit bij aanstaande moeder/vader).

Hoe heeft u de zwangerschap als geheel beleefd?

<input type="checkbox"/>	Normaal
<input type="checkbox"/>	Anders namelijk,

Bevalling:

Waar is de moeder bevallen?

<input type="checkbox"/>	Thuis
<input type="checkbox"/>	Poliklinisch
<input type="checkbox"/>	Klinisch

Indien opgenomen, hoelang duurde de opname?

<input type="checkbox"/>	Voor het kind:
<input type="checkbox"/>	Voor de moeder:

Was de bevalling op tijd? (2 weken rond de uitgetelde datum)

<input type="checkbox"/>	Ja
<input type="checkbox"/>	Zo niet, wanneer?:

Was er sprake van een kunstverlossing?

<input type="checkbox"/>	Nee
<input type="checkbox"/>	Zo ja, welke? Keizersnede / vacuümextractie / tangverlossing

Ademde het kind vlot en goed door?

	Ja
	Nee

Weet u de Apgar-score nog?

	Nee
	Zo ja, welke?:

Was het kind erg bleek?

	Ja
	Nee

Heeft hij/zij extra zuurstof gekregen?

	Ja
	Nee

Heeft uw kind in een couveuse gelegen?

	Nee
	Zo ja, hoelang?:

Wat was het:

	Geboortegewicht:
	Lengte bij de geboorte:

Is uw kind nog geel geweest?

	Nee
	Zo ja, wat is er mogelijk aan gedaan?:

Zijn er verder nog andere bijzonderheden over de bevalling te vertellen?

	Nee
	Zo ja, wat?:

Hoe heeft u de bevalling en de periode meteen erna beleefd?

--	--

2. BABYFASE

Contact:

Wanneer kon u als moeder uw kind het eerst vasthouden?

--	--

Keek uw kind u toen aan?

	Ja
	Nee

Vanaf wanneer had u het moedergevoel?

--	--

Liet uw kind zich gemakkelijk knuffelen?

	Ja
	Nee

Voegde die zich goed naar uw lijf?

	Ja
	Nee

Was er regelmatig en goed oogcontact?

	Ja
	Nee

Keek uw kind vaak weg? (bijvoorbeeld draaide met 't hoofdje weg)

	Ja
	Nee

Hoe oud was uw kind, toen die ging glimlachen?

--	--

Heeft uw kind veel gehuild?

	Nee
	Zo ja, in welke periode?:

Had u als moeder een depressieve periode na de bevalling?

	Nee
	Zo ja, hoe lang?:

Voeding:

Gaf u borstvoeding?

	Nee
	Zo ja, hoe lang?:

Waren er voedingsproblemen in 't eerste jaar?

	Nee
	Zo ja, welke?:

Ging de overgang naar flesvoeding en later naar vaste voeding goed?

	Ja
	Nee

Slapen:

Na hoeveel weken of maanden sliep uw kind 's nachts door?

--	--

Heeft uw kind in de wieg met het hoofd gebonkt?

	Ja
	Nee

Ziekten:

Waren er in het eerste jaar nog bijzondere:

	Ziekten:
	Stuipen:
	Groei problemen:

Motoriek:

Was uw kind een rustige baby of juist erg beweeglijk?

--	--

Was hij/zij vaak te gespannen/stijf of juist vaak te slap?

--	--

Emotioneel:

Was uw kind eenkennig (angst voor onbekenden) zo rond de 9-12^e maand zo niet, is uw kind later wel eenkennig geweest en welke periode?

	Ja
	Nee
	In periode ...

Is uw kind (als baby al) gehecht geraakt aan een zacht popje of lapje?

	Ja
	Nee

Beschrijf kort hoe uw kind in het algemeen als baby was.

--	--

3. MOTORISCHE ONTWIKKELING

Hoe vond/vind u de motorische ontwikkeling van uw kind in vergelijking met leeftijdsgenoten?

	Was gelijk
	Loopt/liep voor
	Loopt/liep achter

Hoe oud was uw kind toen deze los kon lopen?

--	--

Is uw kind erg druk geworden?

	Nee
	Zo ja, vanaf welke leeftijd?:

Kan uw kind stilzitten als het moet?

	Ja
	Nee

Praat uw kind veel?

	Ja
	Nee

Is uw kind impulsief?

	Ja
	Nee

Kan hij/zij op z'n beurt wachten?(nu op deze leeftijd)

	Ja
	Nee

Heeft uw kind trekkingen in 't gezicht (gehad)? Zoals oogknippen of andere trekkingen(bijv. hoofdschudden en schokken met de schouders)

	Nee
	Zo ja, welke en in welke periode?:

Is uw kind houterig? (wat stijf in het bewegen)

	Ja
	Nee

Vindt u uw kind onhandig t.a.v. de grote motoriek? (Denk bijv. aan vaak struikelen, ergens tegen aanlopen)

	Ja
	Nee

Zijn er problemen (geweest) met het leren zwemmen?

	Ja
	Nee
	Mijn kind zit nog niet op zwemles

Is uw kind onhandig t.a.v. de fijne motoriek? (Denk aan tekenen, schrijven, knippen, plakken, verven, knoopjes los- en vastmaken)

	Ja
	Nee

Heeft uw kind letterlijk op de tenen gelopen?

	Nee
	Zo ja, in welke periode?:

Heeft uw kind wel eens ritmische bewegingen van armen of handen gehad bij opwinding?

	Nee
	Zo ja, in welke periode?:

Is uw kind duidelijk linkshandig?

	Ja
	Nee

Zijn er herhaalde bewegingen (geweest)? (Iets als aanwensel, denk bijv. aan wiegen, aparte bewegingen, duimen, nagelbijten, haren trekken, tandenknarsen)

	Nee
	Zo ja, welke?:

In welke situaties en periode komen/kwamen die herhaalde bewegingen voor? (Als de vraag niet van toepassing is ga dan door met de volgende vraag)

Situaties:
Periode:

Zijn er dwanghandelingen (geweest)?

	Nee
	Zo ja, welke en in welke periode?:

Heeft uw kind wel eens fysiotherapie gehad?

	Nee
	Zo ja, wanneer en in verband waarmee?:

4. ZINTUIGELIJKE ONTWIKKELING

Zien:

Kijkt of keek uw kind opvallend veel naar: (kruis aan wat van toepassing is)

	Lichtbronnen	In welke periode:
	Spiegelende voorwerpen	In welke periode:
	Draaiende voorwerpen	In welke periode:
	Eigen lichaamsdelen	In welke periode:

Heeft/had uw kind vaak een starende blik?

	Nee
	Zo ja, in welke periode?:

Zijn er medische problemen met de ogen(geweest)?

	Nee
	Zo ja, welke?:

Horen:

Kan/kon uw kind slecht tegen harde geluiden?

	Zo ja, in welke periode?:
	Nee
	Hoe reageerde hij/zij dan?:

Zijn de keelamandelen/neusamandelen verwijderd en op welke leeftijd?

	Keelamandelen, leeftijd:
	Neusamandelen, leeftijd:
	Allebei niet
	Heeft u kind er extreem op gereageerd?:

Tast:

Stopt(e) uw kind veel dingen in de mond?

	Nee
	Zo ja, tot wanneer?:

Likt(e) uw kind veel aan dingen?

	Nee
	Zo ja, tot wanneer?:

Betast(e) uw kind veel dingen?

	Nee
	Ja
Zo ja, tot wanneer en wat voor dingen?:	

Eet / at uw kind in opvallende mate niet-eetbare dingen? (Denk bijv. aan zand, papier, lijm, e.d.)

	Nee
	Zo ja, in welke periode?:

Pijnbeleven:

Reageert uw kind abnormaal op pijn?

	Nee
	Ja, het gaat dan om kleinzerigheid
	Amper
	Voelt helemaal geen pijn
	Anders:

Ruikt of rook uw kind veel aan dingen of mensen?

	Wel aan dingen, niet aan mensen
	Wel aan mensen, niet aan dingen
	Aan dingen en mensen
	Aan allebei niet

5. SPRAAK- EN TAALONTWIKKELING

Taal:

Hoeveel maanden oud was uw kind, toen hij/zij de eerste woordjes ging spreken? (Papa en mama niet meerekenen)

--

Op welke leeftijd ging uw kind kleine zinnen maken?

--

Zijn er problemen geweest rond het begrijpen van de taal en van gebarentaal?

Taal:
Gebarentaal:

Wat vindt u van het taalgebruik van uw kind in vergelijking tot leeftijdsgenoten?

	Normaal
	Ouwelijk
	Kinderlijk

Zijn er problemen geweest met het verwisselen van persoonlijk voornaamwoorden? (Bijv. jij of hij zeggen i.p.v. ik)

	Ja
	Nee

Heeft uw kind wel eens woorden gebruikt die helemaal niet bestaan? (nieuwvormingen)

	Nee
	Zo ja, tot welke leeftijd?:

Heeft uw kind regelmatig stukken van zinnen, die eerder uitgesproken waren door anderen of door zichzelf misschien, herhaald of nagezegd?

	Nee
	Zo ja, tot welke leeftijd?:

Heeft uw kind volgens u gevoel voor humor? We bedoelen daarbij niet zozeer dat hij/zij anderen aan het lachen kan maken, maar dat er gevoel is voor dubbele bodems en relativeringsvermogen.

	Ja
	Nee

Vind u, als uw kind ouder is dan 7 jaar, dat uw kind de dingen meestal veel te letterlijk opvat?

	Ja
	Nee

Kan uw kind in z'n spel doen alsof en een rol spelen? (Zet achter het antwoord ja of nee)

	Doen alsof:
	Een rol spelen:

Praat uw kind met een normale intonatie of op een aparte manier?

	met een normale intonatie
	Op een aparte manier

Is het vaak monotoon of normaal melodieus?

	Monotoon
	Normaal melodieus

Heeft of had uw kind moeite met uitspreken?

	Had er moeite mee en nu nog steeds
	Had er moeite mee, nu niet meer
	Heeft er nooit moeite mee gehad
	Wat was of is het probleem?:

Heeft uw kind logopedie gehad?

	Nee
	Ja
	Zo ja, in welke periode en waarvoor?:

Zijn er nog andere bijzonderheden over de stem en/of spraak te noemen?

--	--

Denken:

Als uw kind een verhaal vertelt, doet hij/zij dat dan:

	Veel te snel
	Chaotisch
	Van de hak op de tak
	Met onlogische gedeelten
	Met veel uitweidingen

Vindt u dat het denken veel te langzaam loopt bij uw kind?

	Ja
	Nee

Raakt uw kind de draad van zijn/haar verhaal vaak kwijt?

	Ja
	Nee

Als dat zo is, kan hij/zij de draad uit zichzelf weer oppakken?

	Ja
	Nee

Kan uw kind zich moeilijk concentreren bij taken, die wat moeite kosten?

	Ja
	Nee

Heeft uw kind wel eens vreemde, oninvoelbare uitlatingen?

	Nee
	Ja
Zo ja, kunt u voorbeelden geven?:	

Kan uw kind zich verplaatsen in hoe de ander iets beleeft?

	Ja
	Nee

Kan uw kind redelijk omgaan met veranderingen?

	Ja
	Nee

Raakt uw kind angstig of in paniek bij onverwachte veranderingen?

	Ja
	Nee

Kan uw kind goed onderscheid maken tussen realiteit en fantasie?

	Ja
	Nee

6. ZINDELJKHEID EN ZELFSTANDIGHEIDSONTWIKKELING

Wanneer bent u begonnen uw kind op 't potje te zetten?

--

Was het moeilijk om uw kind zindelijk te krijgen?

	Ja
	Nee

Is er een terugval geweest?

	Ja
	Nee
Zo ja, van wat, in welke periode en was er een duidelijke aanleiding?:	

Is er nu sprake van:

	Ja/nee	Zo ja, sinds wanneer	Hoe vaak nu
Bedplassen			
Broekplassen			
Broekpoepen			

Als uw kind in bed plast, hoe vaak neemt u uw kind 's avonds mee naar het toilet?

--

Zelfstandigheid:

Is er een koppigheidsperiode geweest tussen het 2^e en 4^e jaar?

	Ja
	Nee

Is er een periode van voedselweigering geweest?

	Ja
	Nee
Zo ja, in welke periode?:	

Als er toen driftbuien waren, waren die dan erg? (Bijv. gillen, schoppen, slaan, zichzelf op de grond gooien)

--

Was (of is) uw kind erg gericht op dingen zelf doen of liet (of laat) uw kind zich te vaak de dingen 't liefst aanleunen?

--

Waarin vind u uw kind zelfstandig en waarin juist niet:

Waarin zelfstandig:
Waarin juist niet zelfstandig:

Kan uw kind zichzelf:

(Zet een kruisje in de juiste kolom)	Ja	Nee
Douchen		
Wassen		
Aan- en uitkleden		

Kan u uw kind wegsturen voor wat boodschappen doen?

	Ja
	Nee

Kan uw kind zich alleen in het verkeer bewegen?

	Ja
	Nee

7. SOCIAAL-EMOTIONELE ONTWIKKELING

Peutertijd (2^e-4^e jaar):

Was er toen goed oogcontact mogelijk met uw kind? Hoe is dat nu?

Toen:
Nu:

Is uw kind zich in die periode wat gaan richten op contact met andere kinderen?

<input type="checkbox"/>	Ja
<input type="checkbox"/>	Nee

Was uw kind op de peuterspeelzaal?

<input type="checkbox"/>	Ja
<input type="checkbox"/>	Nee
Zo ja, voor hoe lange periode?:	

Zijn er nog veel problemen geweest met het achterlaten van uw kind i.v.m. langdurig huilen?
(sterke scheidingsangst)

<input type="checkbox"/>	Ja
<input type="checkbox"/>	Nee

Waren er problemen in de contacten met andere kinderen?

<input type="checkbox"/>	Ja
<input type="checkbox"/>	Nee
Zo ja, welke?:	

Hoe was 't contact van uw kind met de leidsters?

--

Deed uw kind goed mee? Ook met liedjes zingen?

--

Kon hij in de kring blijven zitten?

<input type="checkbox"/>	Ja
<input type="checkbox"/>	Nee

Welke activiteiten deed uw kind graag in die periode?

--

Waren er in de peutertijd nog speciale angsten?

<input type="checkbox"/>	Ja
<input type="checkbox"/>	Nee
Zo ja, welke?:	

Kleutertijd (4^e-6^e jaar):

Had uw kind (of heeft als uw kind nog kleuter is) regelmatig speelafspraken met andere kinderen?

	Ja
	Nee

Werd / wordt uw kind in die tijd gevraagd voor partijtjes?

	Ja
	Nee

Waren / zijn er contactproblemen met andere kinderen?

	Ja
	Nee

Zat / zit uw kind in die periode al op een clubje?

	Ja
	Nee
Zo ja, welke, en hoe verliep / verloopt dat?:	

Waren / zijn er in die tijd veel angsten?

	Ja
	Nee
Zo ja, welke?:	

Waren / zijn er in die tijd slaapproblemen?

	Ja
	Nee
Zo ja, welke?:	

Waren / zijn er op school problemen?

	Ja
	Nee
Zo ja, welke?	

Hoe lang heeft uw kind over groep 1 + 2 gedaan?

--	--

Zat / zit uw kind op:

	een gewone basisschool
	Speciaal onderwijs

Kon / kan uw kind in die tijd in de kring blijven zitten?

	Ja
	Nee

Kon / kan uw kind in die tijd op zijn / haar beurt wachten?

	Ja
	Nee

Leerde uw kind in die tijd:

(Zet een kruisje in de juiste kolom)	Ja	Nee
Delen		
Samenspelen		

Zijn er nog bijzondere of nare gebeurtenissen geweest voor uw kind in die periode?

--

Lagere schooltijd:

Zijn er schoolwisselingen geweest?

	Ja
	Nee
Zo ja, in welke groep en om welke reden?:	

Heeft uw kind een groep overgedaan? Zo ja, welke groep?

--

Zijn of waren er leerproblemen? Zo ja, welke?

--

Zijn of waren er gedragsproblemen? Zo ja, welke?

--

Gaat of ging uw kind graag naar school? Zo niet, waarom niet?

--

Heeft uw kind een aantal vriendjes/vriendinnen, met wie buiten schooltijd wordt/werd gespeeld?

	Ja
	Nee

Zijn/waren er problemen in de sociale contacten? Zo ja, welke?

--

Wordt/werd uw kind veel gepest?

	Ja
	Nee

Pest(te) uw kind zelf veel?

	Ja
	Nee

Op welke clubs / sport / andere buitenschoolse activiteit zit of zat uw kind en gedurende welke periode?

--

Welke hobby's heeft uw kind?

--

Voortgezet onderwijs:

Hoe verliep de overgang naar het voortgezet onderwijs?

--

Zijn er nog speciale leerproblemen of gedragsproblemen?

Leerproblemen:
Gedragsproblemen:

Schoolwisselingen?

--

Is uw kind nog blijven zitten? Zo ja, in welk jaar?

--

Weet uw kind al wat hij/zij later wilt worden?

--

Angsten:

Kan uw kind zichzelf wat geruststellen, als hij/zij een angstige gedachte heeft?

	Ja
	Nee
	Weet niet

Heeft u kind bepaalde angsten? Zo ja, welke?

--

Kan uw kind uit logeren gaan of op kamp gaan?

	Ja
	Nee

Heeft dit ooit grote problemen gegeven? (Bijv. i.v.m. sterke scheidingsangst/heimwee)

--

Vanaf welke leeftijd is uw kind voor 't eerst bewust uit logeren gegaan?

--

Kan uw kind echt in paniek zijn? Zo ja, in wat voor situaties komt of kwam dat voor?

--

Stemming:

Hoe is de stemming van uw kind doorgaans? (Bijv. opgewekt, neutraal, somber, prikkelbaar, angstig)

--

Is de stemming van uw kind redelijk stabiel?

	Ja
	Nee

Zijn er opvallende sterke stemmingswisselingen bij uw kind?

--

Seksualiteit:

Zijn er problemen rond seksualiteit? (Denk bijv. aan: er teveel mee bezig zijn, opvallend veel schuttingtaal gebruiken(meer dan anderen), veel masturberen, seksueel uitdagend gedrag vertonen, zich gedragen als iemand van het andere geslacht, operaties aan de geslachtsorganen gehad, nare lichamelijke ervaringen/seksueel misbruik meegemaakt)

	Ja
	Nee
	Weet niet
Zo ja, welke?:	

Wanneer is uw kind gaan groeien? (prepuberteit)

--

Heeft uw kind al menstruatie of zaadlozingen gehad?

	Ja
	Nee
	Weet niet
Zo ja, vanaf welke leeftijd?:	

Andere gedragsproblemen:

(Zet een kruisje in de juiste kolom)	Ja	Nee	Weet niet
Slecht gehoorzamen			
Driftbuien			
Agressieve gedragingen			
Impulsief gedrag (te snel doen zonder nadenken)			
Eigendommen van anderen vernielen			
Stelen			
Liegen			
Brandje stichten			
Spijbelen			
Andere namelijk:			

Sociaal-emotioneel:

Geef in het kort aan, hoe staat het bij uw kind in deze tijd met:

Het zelfvertrouwen:
Het weerbaar zijn:
Het kunnen verdragen van teleurstellingen:
Tegen verlies kunnen bij een spel:
Het kunnen delen:
Kunnen samenspelen(rekening houden met de wensen van een ander):
Op de beurt kunnen wachten:
Zich kunnen beheersen bij kwaadheid
Zich in kunnen denken hoe iets voor de ander is:

Positieve ontwikkelingen of kanten van uw kind:

Waar bent u heel tevreden over t.a.v. uw kind?

--

Wat zijn haar of zijn sterke kanten?

--

8. GEZIN, FAMILIE, INGRIJPENDE GEBEURTENISSEN

Indien uw kind een of meerdere broers/zusjes heeft gekregen: hoe reageerde uw kind op de komst van die broertjes/zusjes en hoe oud was uw kind toen?

--

Hoe is het contact tussen uw kind en de andere gezinsleden?

--

Hoe is het contact tussen uw kind en de grootouders, zo die in leven zijn?

--

Welke bijzondere gebeurtenissen zijn er in het leven van uw kind geweest en hoe oud was uw kind toen? (denk bijv. aan verhuizingen, overlijden van nabije familieleden, ongeval, verandering van gezinssamenstelling, uit elkaar gaan van de ouders e.d.)

--

Op welke ingrijpende gebeurtenissen heeft uw kind sterk gereageerd en hoe?

--

Van welke wat langer durende spanningen kan uw kind last hebben of hebben gehad en hoe oud was uw kind in die periode? (Denk bijv. aan slechte woonsituatie, ruzies en conflicten, scheidingsdreiging, ziekte/handicap, opname van gezinsleden, schulden, werkloosheid ouders, problemen in de buurt, ouders veel afwezig, spanningen met de familieleden e.d.)

--

9. LICHAAMELIJKE ZIEKTEN EN KLACHTEN

de leeftijd van uw kind is nu?

... jaar + ... maanden

Is uw kind wel eens in een ziekenhuis opgenomen geweest?

	Ja
	Nee
Zo ja, op welke leeftijd(en), hoe lang duurde de opname(n), waarvoor was de opname en hoe heeft uw kind erop gereageerd?:	

Heeft uw kind een ongeval gehad? Zo ja, op welke leeftijd en wat waren de gevolgen?

--

Heeft uw kind een van onderstaande ziekten gehad? Zet een kruisje in de juiste kolom.

	Ja	Nee	Weet niet
Waterpokken			
Bof			
Mazelen			
Rode hond			
Keelinfecties			
Longinfecties			
Oorinfecties			
Urineweginfecties			
Huidinfecties			
Hersenvliesontsteking			
Hooikoorts			
Astma			

	Ja	Nee	Weet niet
Eczeem			
Gewrichtspijnen			
Suikerziekte			
Nierziekte			
Achterblijven in groeien			
Bloedarmoede			
Leverziekte			
Gebroken botten			
Hartgebreken			
Hersenschudding			
Bewustzijnsverlies			
Eten/drinken van giftige stoffen			

Welke lichamelijke klachten heeft uw kind (gehad). Zet een kruisje in de juiste kolom.

	Zelden of nooit	Vroeger	Nu
Veel last van hoofdpijn			
Duizeligheid			
Flauwvallen			
Vaak verkouden			
Oorklachten			
Vaak hoesten			
Piepende ademhaling			
Vaak bronchitis			
Heesheid			
Vaak huiduitslag			
Allergie/overgevoeligheid voor iets			
Opgezette klieren			
Vaak moe			
Snel blauwe plekken			
Pijn in armen en/of benen			
Veel last van buikpijn			
Spugen/braken			
Diarree			
Moeilijkheden met de ontlasting (obstipatie)			
Bloed in ontlasting			
Bloed in de urine			
Pijn bij het plassen			
Te weinig eetlust			
Zeer moeilijk met eten			
Slecht gebit			
Veel snoepen			
Overgewicht			
Vreetbuien			
Gewichtsverlies/niet goed groeien			
Inslaapproblemen			
Hoofdbonken, of -rollen voor het inslapen			
Nachtelijk angst			
Slaapwandelen			
Nachtmerries (kind wordt er wakker van)			
's nachts lang wakker zijn			

Gebruikt uw kind nu medicijnen? Zo ja, welke?

--

Is uw kind overgevoelig voor bepaalde medicijnen? Zo ja, waarvoor?

--

Komen er ziekten in de nabije familie voor? (Denk aan de gezinsleden en het gezin van herkomst van de ouders, denk bij pleeg- of adoptiekinderen aan het gezin van oorsprong)

	Ja	Nee	Zo ja, bij wie?
Allergie			
Problemen met de longen			
Problemen met het hart en/of bloeddruk			
Kanker			
Suikerziekte			
Andere stofwisselingsziekte			
Ziekten van de hersenen			
Epilepsie			

Zijn er andere nog niet genoemde ziekten? (In het bijzonder bij u als ouders of uw kinderen)

--

10. FAMILIAIRE BELASTING

Eventuele familiale belasting op het gebied van psychische problemen:

Te denken aan: angsten, verslaving, depressie, problemen in het sociale contact, leerproblemen, ADHD, binnen huidige gezin maar ook bij ouders van ouders, en broers en zussen van ouders. Of evt. opvallende overeenkomsten in gedrag / karakter tussen u zelf, andere familieleden en uw kind.

Verwantschapsrelatie	Leeftijd	Aard van de problemen

Dit was het. Veel vragen.

Hartelijk bedankt voor de genomen moeite.