

**Vragenlijst baby’s & kinderen**

|  |  |
| --- | --- |
| NAAM |  |
| VOORNAAM |  |
| Geboortedatum |  |
| Straat + huisnummer |  |
| Postcode |  |
| Gemeente |  |
| Gsm + vaste telefoon |  |
| Email  |  |
| Huisarts / Kinderarts | Dr.  |
| doorverwezen door |  |

Voor **baby’s** gelieve **vraag 1 tem 9** in te vullen, **enkel wat van toepassing is.**

Voor **kinderen** vanaf 1,5 tot 16 jaar gelieve **vraag 1 – 2 – 3 en 8 tem 22** in te vullen, **enkel wat van toepassing is.**

1. Met welke klacht komt u kind ?

2. Hoe was de zwangerschap ?

Gewenst of niet gewenst:

Welke conceptie: (normaal, IVF, hormoongebruik, ..)

Verloop:

Bloedingen:

Medicatie genomen:

Ongeval:

Stress:

Emotie:

Alcoholgebruik:

Roken:

Vruchtwaterpunctie:

Vroegere miskramen:

3. Hoe was de geboorte ?

Duur van de zwangerschap:

Bevalling: spontaan, ingeleid, geplande keizersnede, spoedkeizersnede:

Ligging van de baby: normaal, aangezichtsligging, stuitligging:

Verdoving:

Vliezen gebroken:

Duur van de bevalling:

Hoe waren de weeën:

Hulpmiddelen: vacuümpomp, tangverlossing, druk op de buik:

Andere zaken tijdens bevalling: sleutelbeenfractuur, armverlamming, navelomstrengeling, …:

Hoe was de APGAR-score:

Deed het onmiddellijk wenen en ademen?

Hoe was de kleur van het kind:

Zag het kind geel:

Hebben ze ingrepen moeten doen? reanimatie, beademing, slijmen wegzuigen, …

Heeft het in de couveuse gelegen?

Gewicht:

Lengte:

Hoofdomtrek:

Hoe was de vorm van het hoofd?

Waren er drukplekken of zwellingen?

Welke kleur was het vruchtwater:

Hoe was hij na de geboorte? actief of passief:

4. Plassen

Aantal plaspampers per dag :

5. Stoelgang

Welke kleur?

Welke vorm?

Dagelijks?

Is er slijm in?

6. Voeding :

Flesvoeding: Ja of Nee

Borstvoeding: beide borsten even goed:

Deed het kind direct goed zuigen en slikken:

Hoeveel uren tussen de voeding:

Hoe reageert het kind tijdens of na het drinken: *(Normaal, onrustig met armen, onrustig met de*

*benen, vaak de hik, veel wenen, moeilijk boeren, teruggeven met mate, projectiel braken,*

*overstrekken, krampjes …)* :

Zijn er allergieën of voedselintoleranties in de familie:

7. Ontwikkeling:

 Is het een tevreden, vrolijk kind?

 Reageert uw kind op uw stem, glimlach, contact, …:

 Met wat kan u uw kind troosten of is het ontroostbaar?

 Heeft het een ritme van slapen: overdag en ’s nachts:

 Kan het kind op de rug, buik en zij liggen?

 Heft het kind goed het hoofd vanuit buiklig?

 Voorkeurshouding aanwezig:

 Welke leeftijd was rollen van rug naar buik mogelijk:

 Welke leeftijd was rollen van buik naar rug mogelijk:

 Op welke leeftijd kon het kind zitten:

 Heeft het kind correct gekropen en wat was de leeftijd :

 Indien niet: wat heeft hij wel gedaan?

 Op welke leeftijd kon hij volledig zelfstandig lopen:

8. Allerlei:

 Reactie op vaccinatie:

 Veel koorts gehad:

 Opvallende zaken:

9. ZOOM:

 Vaak ziek: indien ja welke ziektes:

 Operatie ondergaan:

 Ongeval of zware valpartij gehad:

 Medicatie of supplementen:

10. Algemeen

 Gezinssituatie: vader, moeder, broer, zus

 Sport:

 Normaal gezond eetpatroon:

 Hoeveel drinkt uw kind en wat:

 Slapen:

 Energie en fitheid:

 Erfelijke ziekte:

11. Motoriek

 Hoe is de grove motoriek:

 Hoe is de fijne motoriek:

 Heeft hij gekropen? Wanneer:

 Wanneer kon hij zelfstandig lopen:

 Op welke leeftijd kon het fietsen:

 Op welke leeftijd kon het zwemmen:

 Valt uw kind regelmatig:

 Is uw kind onhandig:

12. Taal en spraakontwikkeling

 Op welke leeftijd kon het praten:

 Problemen bij bepaalde woorden:

 Is er sprake van stotteren, lispelen, … :

 Vertoont het open mondgedrag:

13. School

 Hoe is het op school, zijn er leerproblemen:

 Krijgt hij begeleiding hiervoor:

 Neemt hij dingen traag op:

 Moeilijkheden met concentratie:

 Hoogbegaafd?

Hoog sensitief?

14. Gedrag

 Vertoont uw kind veel onrust:

 Heeft het veel driftbuien:

 Is uw kind erg verlegen:

 Is uw kind zeer angstig:

 Vertoont uw kind een bepaalde tic:

 Moeilijkheden om vrienden te maken:

15. Digestief

 Normale eetlust:

 Moeite met slikken:

 Vaak overgeven:

 Is de stoelgang dagelijks, welke vorm en kleur:

 Obstipatie of diarree:

 Vaak buikpijn? Waar en wanneer ?

 Buikpijn gerelateerd met spanning?

 Voedselallergie of voedselintolerantie:

16. Respiratoir

 Vaak verkouden:

 Veel infecties:

 Oor en keelontsteking:

 Loopneus of verstopte neus:

 Hoesten:

 Stemheesheid:

 Snurken:

 Astma – eczeem:

 Allergieën:

17. Heent

 Head: hoofdbonken, schudden, hoofdpijn, duizelig, migraine:

 Eyes: visuele problematiek, dubbelzien, scheelzien:

 Ears: doofheid, oorontstekingen, buisjes:

 Nose: bloedneus, loopneus, verstopte neus, reuk:

 Teeth: wisselen tanden: welke leeftijd?

 Waarom orthodontie?

18. Urogenitaal

Zindelijkheid welke leeftijd overdag?

 Zindelijkheid welke leeftijd ’s nachts?

 Blaasontsteking:

 Indalen van testes:

 Overdreven veel plassen:

19. Hormonaal

 Wanneer 1ste menstruatie?

20.Musculair

 Groeipijnen:

 Regelmatig blessures:

21. Circulatior

 Zijn er bepaalde afwijkingen:

 Kleur in het algemeen:

 Activiteitsniveau van het kind:

22. Zenuwstelsel

 Bepaalde aandoeningen centraal of perifeer:

 Epilepsie:

 Autisme:

 Depressie:

23. Andere opmerkingen