

INTAKEFORMULIER OUDERS/VERZORGERS

Gegevens kind

Roepnaam _____ Achternaam _____

Geboortedatum _____

Adres _____

Postcode en woonplaats _____

Telefoonnummer _____ E-mailadres _____

Gegevens moeder/verzorgster

Roepnaam _____ Achternaam _____

Geboortedatum _____

Adres _____

Postcode en woonplaats _____

Telefoonnummer _____ E-mailadres _____

Hoogst genoten opleiding _____

Levensbeschouwing _____

Gegevens vader/verzorgster

Roepnaam _____ Achternaam _____

Geboortedatum _____

Adres _____

Postcode en woonplaats _____

Telefoonnummer _____ E-mailadres _____

Hoogst genoten opleiding _____

Levensbeschouwing _____

Hoe is de gezinssamenstelling (vermeld bijzonderheden zoals scheiding, adoptie, pleegouderschap, samengesteld gezin, co-ouderschap en broertjes en zusjes)?

Gegevens school

Welke school bezoekt uw kind?

Hoe is het welbevinden van uw kind op school?

Hoe is de relatie met de leerkrachten?

Hoe is de relatie met de andere kinderen?

Zijn er bijzonderheden te melden met betrekking tot het leren/het naar school gaan?

Heeft uw kind huiswerk, en zo ja, hoe gaat uw kind daar mee om?

Gegevens na schooltijd

Wat doet uw kind na schooltijd?

Welke vriendjes of vriendinnetjes heeft uw kind en hoe omschrijft u het contact?

Hoe beschrijft u het speelgedrag van uw kind (alleen, samen, binnen, buiten, thuis, bij anderen)?

Welke hobby's heeft uw kind? Gaat uw kind naar sport, clubs o.i.d?

Welke activiteiten onderneemt u met uw kind?

Gegevens ontwikkeling van het kind

Hebben zich in de ontwikkeling van uw kind bijzonderheden voorgedaan (vertragingen, afwijkingen)?

Gedrag en beleving

Hoe beschrijft u de stemming van uw kind in het algemeen?

Hoe beschrijft u het temperament van uw kind?

Hoe gaat uw kind om met nieuwe, onbekende situaties?

Is uw kind (wel eens) angstig? Zo ja, wanneer en hoe uit zich dat?

Uit uw kind zich (wel eens) teruggetrokken, opstandig, druk of overgevoelig? *Indien ja, vul dan de apart bijgevoegde lijst in.

Als uw kind ergens mee bezig is, hoe gedraagt hij zich dan (concentratie, impulsief, chaotisch, bedachtzaam, enthousiast enz.)

Welke talenten en kwaliteiten heeft uw kind?

Heeft uw kind in zijn/haar leven ingrijpende dingen meegemaakt (bv. ongelukken, ziekenhuisopname, verhuizing, overlijden van naasten, mishandeling)

Gegevens gezondheid/medische achtergrond

Hoe omschrijft u de gezondheid van uw kind in het afgelopen jaar?

Zijn er bijzonderheden te melden met betrekking tot voeding, slapen, zindelijkheid, lichamelijke ontwikkeling?

Is uw kind onder behandeling van een arts, specialist of hulpverlener geweest?
Zo ja, bij wie, wanneer en voor welke klacht/hulpvraag?

Gebruikt(e) uw kind medicijnen? Zo ja, welke, wanneer en voor welke klacht?
Met welk resultaat?

Gegevens aanmelding

Wat is de reden van de aanmelding?

Hoelang is er sprake van deze problematiek?

Wanneer en hoe vaak komt dit voor?

Ervaart uw kind dit ook als probleem?

Wat denkt u dat de oorzaak is?

Wat heeft u al gedaan aan de problematiek en met welk resultaat?

Wat zou voor u het wenselijke resultaat van de begeleiding (coaching/behandeling) zijn?

Hebt u meer schrijfruimte nodig, dan kunt u onderstaande regels gebruiken voor verdere toelichting:

Met bovengenoemde gegevens wordt zorgvuldig omgegaan. Voor eventueel overleg met derden over (delen van) deze vragenlijst zal ik u apart om toestemming vragen.

Met het ondertekenen van dit intakeformulier verklaar ik dat ik alle vragen heb begrepen en naar waarheid heb ingevuld. Ik geef met de ondertekening toestemming voor het afstaan van mijn persoonsgegevens die als doel hebben contactname en het verschaffen van inzicht in uw gezondheidssituatie. In overeenstemming met de wet AVG heeft u te allen tijde het recht op inzage, correctie of verwijdering van uw persoonsgegevens.

Handtekening cliënt:

Datum:

Kenmerken hoogsensitiviteit

Herkent u zichzelf/ uw kind in de volgende verschijnselen? Kruis ja of nee aan.

	Ja	Nee
Als baby veel huilen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergieën en eczeem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slaapproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depressiviteit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angsten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zich onbegrepen voelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sterkte wil, driftbuien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Concentratieproblemen, lijkend op ADD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hyperactief gedrag, lijkend op ADHD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Groot invoelingsvermogen in anderen, niet weten hoe ze zichzelf kunnen afsluiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemen met sociale vaardigheid, door het 'anders' zijn zich niet begrepen voelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geen zin in school, het nut er niet van inzien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoogbegaafdheid/'onderpresteren'	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Probleemgedrag op school, desinteresse in leerstof, niet meer naar school willen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemen met het niet aansluiten van 'innerlijk weten' of eigen kennis van de lesstof op school	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Buiten de groep vallen en geen vriendjes door het 'anders' zijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Overall tegenop lopen, evenwichts- of motoriekproblemen hebben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewuste herinneringen aan vorige levens hebben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Als een 'spons' pijn, emoties en ziekteverschijnselen van anderen overnemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gezondheid en voeding checklist

Kruis ja of nee aan bij de volgende vragen. Heeft u/ uw kind last van of is de volgende situatie op u/ uw kind van toepassing?

	Ja	Nee
Darmproblemen, opgezet buik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergieën en eczeem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slaapproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vermoeidheid, uitputting, weinig energie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarree	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Driftbuien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migraine of hoofdpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Misselijkheid, buikpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ontstekingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reumatische aandoening (Bechterev, Coeliakie, Crohn, diabetes type 1, reumatoïde artritis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoge bloeddruk (boven 140/90)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stress, spanningen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antibiotica gebruik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Hoge) zuivelconsumptie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
< 2 liter water per dag consumptie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Melkintolerantie (lactose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Hoge) suikerconsumptie (ruwe witte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Hoge) Aspartaam consumptie (light)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klachten na nuttigen van suiker (fructose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klachten na nuttigen van zuivel (lactose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klachten na nuttigen van brood (gluten, gist)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schimmel op huid (voeten/handen), nagels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blaasontstekingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja	Nee
Verminderde concentratie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huidonzuiverheden, acne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Als kind moedermelk gehad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geboren met keizersnede	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaccinaties	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicijnen i.v.m. gedragsproblematiek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trage schildklier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erfelijke ziekten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
Koude handen, voeten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nek, schouderpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstopte neus, holteproblemen, slijm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nek, schouderpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wallen onder de ogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Deze checklist dient ter indicatie van de gezondheidssituatie van u/ uw kind en is een niet uitputtende lijst. Met bovengenoemde gegevens wordt zorgvuldig omgegaan. Voor eventueel overleg met derden over (delen van) deze vragenlijst zal ik u apart om toestemming vragen.