

# Intakeformulier



## Personalia kind

Datum: \_\_\_\_\_ Telefoonnummer: \_\_\_\_\_

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

Geboortedatum/ leeftijd: \_\_\_\_\_ School/ groep: \_\_\_\_\_

## WAT ERVAAR JE NU ALS JOUW PROBLEEM?

---

---

## WAT HEB JIJ NU NODIG?

Wat is de begeleidingsbehoefte/ hulpvraag?

---

---

## Fysieke en emotionele gezondheid

Van welke lichamelijke klachten heb je/ heeft uw kind momenteel of al wat langer last?  
(meerdere opties mogelijk)

- |  |                          |  |                          |
|--|--------------------------|--|--------------------------|
| Slaapproblemen                           | <input type="checkbox"/> | KNO-problematiek (oorpijn)                       | <input type="checkbox"/> |
| Hoofdpijn                                | <input type="checkbox"/> | Bedplassen of ongelukjes                         | <input type="checkbox"/> |
| Buikpijn                                 | <input type="checkbox"/> | Eczeem, astma                                    | <input type="checkbox"/> |
| Verstopping, obstipatie                  | <input type="checkbox"/> | Spanningen/ stress                               | <input type="checkbox"/> |
| Diarree                                  | <input type="checkbox"/> | (Voedsel)allergieën                              | <input type="checkbox"/> |
| Ademhalingsproblemen/<br>hyperventilatie | <input type="checkbox"/> | Doorbloedingsproblemen<br>(koude voeten/ handen) | <input type="checkbox"/> |

Welke emotie(s) ervaar je/ ervaart je kind de laatste tijd of op dit moment het sterkst?  
(meerdere opties mogelijk)

- |                |                          |                           |                          |               |                          |
|----------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|---------------|--------------------------|
| angstig / bang | <input type="checkbox"/> | zenuwachtig               | <input type="checkbox"/> | sterk         | <input type="checkbox"/> |
| druk           | <input type="checkbox"/> | onrustig                  | <input type="checkbox"/> | kalm/rustig   | <input type="checkbox"/> |
| opgewonden     | <input type="checkbox"/> | boos                      | <input type="checkbox"/> | ontspannen    | <input type="checkbox"/> |
| gespannen      | <input type="checkbox"/> | geïrriteerd/ gefrustreerd | <input type="checkbox"/> | nieuwsgierig  | <input type="checkbox"/> |
| piekerend      | <input type="checkbox"/> | onzeker                   | <input type="checkbox"/> | blij/ vrolijk | <input type="checkbox"/> |
| verdrietig     | <input type="checkbox"/> | humeurig/ nukkig          | <input type="checkbox"/> | op mijn gemak | <input type="checkbox"/> |

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: .....

# Intakeformulier



Hoe zou je de aard van uw kind/ van jezelf omschrijven?

---

Wanneer zijn de klachten begonnen? Hoe lang speelt de problematiek al?

---

Wanneer zijn de klachten het ergst?

---

Hoe uiten de problemen zich?

---

---

---

Wat vindt u of jijzelf het meest vervelend aan de situatie of aan het gedrag?

---

---

Wat vindt uw kind/ jezelf lastig om mee om te gaan? (bijv. opvoedkundige correcties, bepaalde emoties van zichzelf, samen delen, samen spelen, loslaten etc.)

---

---

Wat heeft u/ wat heb je zelf al geprobeerd?

---

---

Gebruikt(e) uw kind/ je medicijnen? Zo ja, welke en waarvoor?

---

---

Volgt/volgde uw kind/ je nog andere therapieën? Zo ja, welke?

---

---

# Intakeformulier



Zijn er bijzonderheden t.a.v. de gezinssituatie? (indien van toepassing; denk aan problemen (in het verleden) binnen het gezin, (ernstige) ziekte, echtscheiding, overlijden familielid, verhuizing etc.)

Of zijn er veranderingen binnen de schoolsituatie opgetreden?

---

---

Wat vindt uw kind/ je zelf leuk om te doen? Waar is uw kind/ ben je goed in of gek op?

---

---

Hoe verliep de zwangerschap en de bevalling van uw kind?  
(bijv. misselijkheid, weeën, keizersnede, medicatie voor en/of tijdens zwangerschap, stressfactoren tijdens zwangerschap, hormoonbehandelingen vooraf)

---

---

---

---

Zijn er andere bijzonderheden of opmerkingen, die u/ je graag zou willen delen?

---

---

---

---

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: .....