

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/
hyperventilatie | <input type="checkbox"/> | Doorbloedingsproblemen
(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: