



# Mesologie Praktijk Uden

## Vragenformulier kind - basisschool

### Persoonlijke gegevens

Naam: \_\_\_\_\_ Voornaam: \_\_\_\_\_  
Eventueel andere achternaam Ouders: \_\_\_\_\_  
Geb. datum: \_\_\_\_\_ Man / Vrouw  
Adres: \_\_\_\_\_  
Postcode: \_\_\_\_\_ Woonplaats: \_\_\_\_\_  
Geboorteplaats: \_\_\_\_\_  
Telefoon overdag: \_\_\_\_\_ Bij geen gehoor: \_\_\_\_\_  
Emailadres: \_\_\_\_\_  
Sport / hobby / vrije tijd: \_\_\_\_\_

### Medische gegevens

Huisarts: \_\_\_\_\_ Telefoon: \_\_\_\_\_  
Naam behandelend specialist / therapeut: \_\_\_\_\_  
Specialisme: \_\_\_\_\_ Telefoon: \_\_\_\_\_  
Medicijngebruik: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(voedings)supplementen, paracetamol, neusspray, etc.: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Hoofdklacht

Wat is de voornaamste klacht van uw kind? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Als er sprake is van pijn, wat is de aard van de pijn?  
(stekend, brandend, zeurend, schietend, kloppend, dof, snijend)

Welke bijkomende klachten heeft uw kind?  
\_\_\_\_\_

### Familiaire ziekten

Welke ziektes en/of aandoeningen komen in de familie voor?

Moeder: \_\_\_\_\_

Vader: \_\_\_\_\_

Overige familieleden: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Persoonlijke kenmerken

Hoe voelt uw kind zich in het algemeen? \_\_\_\_\_

Wordt uw kind 's nachts wakker? Hoe laat? \_\_\_\_\_

Frequentie van de stoelgang? \_\_\_\_ x dagelijks / \_\_\_\_ x per week. Regelmatig / onregelmatig,

Consistentie van de stoelgang: vast/ brijig/ zacht/ waterig.

Kleur van de stoelgang: wit/ lichtbruin/ geelbruin/ donkerbruin/ zwart

Transpireert uw kind: veel / weinig / niet / sterk ruikend

Heeft uw kind een voor- of afkeur voor zuur, zoet, pikant, bitter, zout?

Voorkeur: \_\_\_\_\_ afkeur: \_\_\_\_\_

Geef een korte beschrijving van uw kind:

\_\_\_\_\_

## Ziektegeschiedenis

Is de zwangerschap van uw kind goed verlopen? Zo nee, wat en wanneer ging het niet goed?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Heeft u medicijnen geslikt tijdens uw zwangerschap? Zo ja, welke, waarvoor en wanneer?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hoe verliep de bevalling? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Welke inentingen heeft uw kind reeds gehad? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hoe reageerde uw kind hierop? Ziek / niet ziek / veel koorts / weinig koorts / onrustig?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Welke (kinder)ziektes heeft uw kind gehad? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Waar is uw kind het meeste ziek van geweest? \_\_\_\_\_

Is uw kind geopereerd? Zo ja, wat voor een operatie? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Heeft uw kind al zijn volledige melk gebit? Ja / nee / mee bezig.

Hoe verliep / verloopt het tanden krijgen? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hoe lang heeft uw kind borstvoeding gehad? \_\_\_\_\_

Hoe gaat uw kind om met eten? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Welke spijsen en / of dranken liggen uw kind niet goed? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Gaat het met uw kind goed op school: Zo nee, waarom niet? \_\_\_\_\_

Maakt uw kind makkelijk /moeilijk vriendjes of vriendinnetjes? \_\_\_\_\_

Hoe gaat uw kind om met ouderlijk gezag? \_\_\_\_\_

### Beschrijving van uw kind:

Kunt u zo veel mogelijk onderstaand omcirkelen, hoe uw kind te beschrijven is:

#### Is uw kind:

- |   |    |     |
|---|----|-----|
| • Jantje lacht, Jantje huilt            | Ja | Nee |
| • Snel op zijn tenen getrapt            | Ja | Nee |
| • Een "moederskindje"                   | Ja | Nee |
| • Traag, lui                            | Ja | Nee |
| • Schrikkerig                           | Ja | Nee |
| • Rusteloos, druk                       | Ja | Nee |
| • Zindelijk; dag en nacht               | Ja | Nee |
| • Traag met lopen, staan en praten e.d. | Ja | Nee |
| • Klein voor zijn/ haar leeftijd        | Ja | Nee |
| • Groot voor zijn/ haar leeftijd        | Ja | Nee |
| • Snel moe                              | Ja | Nee |
| • Bang om alleen te zijn                | Ja | Nee |

Bang voor: \_\_\_\_\_

#### Heeft uw kind:

- |                              |    |     |
|------------------------------|----|-----|
| • Een slecht concentratie    | Ja | Nee |
| • Veel vriendjes             | Ja | Nee |
| • Speelt graag alleen        | Ja | Nee |
| • Veel dorst                 | Ja | Nee |
| • Weinig dorst               | Ja | Nee |
| • Slechte eetlust            | Ja | Nee |
| • Goede eetlust              | Ja | Nee |
| • Veel behoefte aan zoetheid | Ja | Nee |

Veel behoefte aan iets anders dan zoetheid? \_\_\_\_\_

#### Heeft uw kind:

- |   |    |     |
|---|----|-----|
| • Last van eczeem (of vroeger last gehad) | Ja | Nee |
| • Last van wratten                        | Ja | Nee |
| • Last van diarree                        | Ja | Nee |
| • Last van obstipatie                     | Ja | Nee |
| • Last van allergie                       | Ja | Nee |

Zo ja, welke allergie? \_\_\_\_\_

#### Vindt uw kind:

- |   |    |     |
|---|----|-----|
| • Het prettig om aangehaald te worden   | Ja | Nee |
| • Het vervelend om aangehaald te worden | Ja | Nee |