



**Tandartspraktijk Hanne Pellens en co**

Tandarts Hanne Pellens

Molemstraat 19, 3560 Lummen

Tel: 013 30 23 87

E-mail: info@pellenshannetandarts.com

Website: www.tandartshannepellens.be

---

## **Intake osteo kind**

### **Persoonlijke gegevens:**

Naam patiënt: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_

Huidige datum: \_\_\_\_\_

### **Medische gegevens:**

#### **Bevalling:**

Bijzonderheden? JA / NEE

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

Positie in de buik? \_\_\_\_\_

#### **0-3 maanden:**

Bijzonderheden? JA / NEE

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

Nagekeken door osteopaat? JA / NEE

Opmerkingen? \_\_\_\_\_

#### **Ontwikkeling:**

##### **Grove motoriek:**

Heeft uw kind als baby alle fases doorlopen (rollen, kruipen, tijdig lopen)? JA / NEE

Hoe is de motoriek nu? Zijn er dingen opgevallen (bv manier van lopen)?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fijne motoriek:

Hoe is de pengreep? \_\_\_\_\_

Tekent uw kind graag? \_\_\_\_\_

Zijn er opmerkingen op school? \_\_\_\_\_

Voeding:

Hoe verliep de voeding als baby? \_\_\_\_\_

Hoe verloopt de voeding nu? \_\_\_\_\_

Veel speeksel? JA / NEE

Kauwen met mond open? JA / NEE

Lust veel dingen niet? JA / NEE

NKO:

Zijn er neus-keel-oorklachten nu of in het verleden? JA / NEE

Operaties? JA / NEE

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

Medicatie? JA / NEE

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

Reeds logopedie voor stem of spraak gevolgd? JA / NEE

Slaap:

Hoe verloopt de slaap? \_\_\_\_\_

Zijn er moeilijkheden met inslapen of doorslapen? \_\_\_\_\_

Wordt uw kind vaak wakker in de nacht? \_\_\_\_\_

*Heeft uw kind nachtmerries of nachtangsten?* JA / NEE  
*Moet uw kind vaak opstaan om te plassen?* JA / NEE  
*Plast uw kind in bed?* JA / NEE  
*Is uw kind vermoeid in de ochtend?* JA / NEE

Opmerkingen? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ademhaling:

*Ademt uw kind door de neus of mond?* JA / NEE  
*Zit uw kind vaak met de mond open?* JA / NEE  
*Slaapt uw kind met de mond open?* JA / NEE  
*Snurkt uw kind?* JA / NEE

Opmerkingen? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sport/hobby:

*Heeft uw kind een hobby of sport hij/zij?* JA / NEE  
*Zo ja, welke sport/hobby?* \_\_\_\_\_  
*Hoe verloopt het?* \_\_\_\_\_  
*Zo niet, is er een specifieke reden voor (bv sport niet graag)?* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
*Zijn er regelmatig blessures?* JA / NEE  
*Zo ja, waar?* \_\_\_\_\_

Steunzolen:

*Draagt uw kind steunzolen?* JA / NEE  
*Zo ja, waarom?* \_\_\_\_\_  
*Van waar komen de steunzolen?* \_\_\_\_\_  
*Hoe lang draagt het kind de steunzolen?* \_\_\_\_\_  
*Is er beterschap met de steunzolen?* \_\_\_\_\_

Klachten:

*Heeft uw kind ooit klachten van bv nek, rug, hoofdpijn, benen, voeten, knieën, etc...?*

\_\_\_\_\_

*Wanneer heeft uw kind last van deze klachten? Bij het opstaan, na zitten, na het sporten, na lang wandelen,...?*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Kinesitherapie:

*Is of was uw kind in behandeling bij de kinésist?                      JA / NEE*

*Zo ja, waarvoor? \_\_\_\_\_*

*Zijn er na het lezen van de vragenlijst nog dingen die belangrijk kunnen zijn?*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_