

**Vragenlijst Kinderfysiotherapie Het Plein**

Naam kind;

Geboortedatum kind:

BSN nummer:

Straatnaam:

Postcode:

Woonplaats:

Telefoonnummer:

E-mailadres:

Naam huisarts:

Naam specialist:

Naam van de school:

Naam leerkracht:

Groep:

Wat is het probleem waarvoor uw kind naar de kinderfysiotherapeut komt?

Wie heeft het probleem gesignaleerd?

Bent u naar ons verwezen?

Indien "ja": door wie:

Wat is uw hulpvraag, oftewel wat verwacht u van de kinderfysiotherapeut?

Kunt u de klacht nader omschrijven? (Waar, wanneer zijn de klachten begonnen, beloop e.d.)

Zijn er factoren die de klacht beïnvloeden? Zijn er bepaalde houdingen/bewegingen waarbij de klachten toenemen of afnemen?

Heeft uw kind voor deze klacht eerder onderzoek/therapie gehad?

Zo ja, door wie en wanneer en wat was de behandeling?

Gebruikt uw kind hulpmiddelen / aanpassingen / medicijnen?

|  |
| --- |
| Gebruikt uw kind hulpmiddelen / aanpassingen / medicijnen? |
| Doorgemaakte ziekten: |

Andere aandoeningen:

Hoe is de zwangerschap verlopen?

Bij hoeveel weken is uw kind geboren?

Hoe is de bevalling verlopen?

Waar bent u bevallen?

Wat was het geboortegewicht?

APGAR score;

Is uw kind door de kinderarts onderzocht, in behandeling (geweest)?

Familiaire aandoeningen:

Gezinssamenstelling (+ leeftijd broertjes / zusjes):

Beroep moeder / verzorger:

Beroep vader / verzorger:

Hobby / sport van uw kind:

Hoe gaat het met uw kind op school?

Hoe zou u het gedrag van uw kind willen omschrijven?

Heeft uw kind goed contact met volwassenen en leeftijdgenootjes?

Heeft uw kind problemen ervaren in de zintuiglijke ontwikkeling? (Zien, horen, voelen)

Is er sprake van over / onder gevoeligheid voor licht; geluid; aanraking; beweging?

|  |  |
| --- | --- |
| Zijn er problemen ten aanzien van: |  lezen schrijven rekenen handvaardigheid tekenen kleuren Nee, er zijn geen problemen |
|  |  concentratie stilzitten gedrag pesten |

Zijn er problemen bij de gymles? Bijvoorbeeld; snel vermoeid, vaak vallen

Zijn er nog andere problemen die u nog graag wilt vermelden en die van invloed kunnen zijn op de klachten?

Deze vragenlijst werd ingevuld door:

Datum:

**Hartelijk dank voor het invullen!**