

### Medische vragenlijst:

In het belang van uw kind verzoeken wij u de vragen volledig, kernachtig en nauwkeurig in te vullen. Wanneer u te weinig ruimte hebt op dit formulier, wilt u dan op een apart vel, met vermelding van de naam van uw kind en vraagnummer, verder schrijven?

### Persoonlijke gegevens

Achternaam	:	Voornaam	:
Geb. datum	:	Geslacht	:
Adres	:	Postcode	:
Woonplaats	:		
Telefoon	:	Mobielnummer	:
Emailadres	:		
Levensbeschouwing	:	School type	:
Crèche	:		

---

Sinds 1 juni 2008 zijn wij wettelijk verplicht het BSN [burger service nummer] en het polisnummer van uw zorgverzekeraar in onze administratie in te voeren.

Zorgverzekering	:
Polisnummer	:
BSN nummer	:

---

Naam huisarts	:	Naam tandarts	:
Adres	:	Adres	:
Postcode	:	Postcode	:
Woonplaats	:	Woonplaats	:
Telefoon	:	Telefoon	:
Naam apotheek	:	Email apotheek	:

### Verwezen door: arts / tandarts / therapeut / anders

Naam	:	Adres	:
Postcode	:	Woonplaats	:

- ◆ Wij stellen een open contact met uw huisarts / specialist op prijs
- ◆ Wilt u dat uw huisarts te zijner tijd wordt geïnformeerd? ja / nee
- ◆ Met welke verwachtingen komt u naar dit centrum:
- ◆ Eigen mening omtrent de oorzaak van de probleem(en) of klacht(en):

## 1. Huidige klachten

### a) Lichamelijk:

Wanneer begonnen:

### b) Psychisch mentaal / emotioneel:

Wanneer begonnen:

### c) Wat is er tot nu toe aan gedaan? *(Neem zo veel mogelijk informatie van deze onderzoeken en / of behandelingen mee!)*

Regulier:

Niet regulier:

## 2. Voorgeschiedenis

### Zwangerschap:

- |    |              |   |          |        |
|----|--------------|---|----------|--------|
| a) | complicaties | : | ja / nee | welke: |
|    | lichamelijk  | : | ja / nee | welke: |
|    | medicatie    | : | ja / nee | welke: |
|    | psychisch    | : | ja / nee | welke: |

### b) Gebitsproblemen bij moeder tijdens de zwangerschap: ja/nee welke:

Wat is er aan gedaan of hoe is dit behandeld:

### c) Tijdens zwangerschap nieuwe amalgaamvullingen gekregen of vervangen? ja/nee

### d) Duur van de zwangerschap: ..... weken.

## 3. Geboorte:

Geboortegewicht: : ..... gram

### a) Complicaties : ja/nee welke :

### b) Borstvoeding : ja/nee hoelang volledig:

### c) Flesvoeding : ja/nee vanaf wanneer :

welk merk :

## 4. Vroegere ziekten

### a) Welke ziektes heeft uw kind gehad, ook de kinderziekten, in chronologische volgorde:

#### b) Hoe zijn deze ziekten behandeld:

#### c) Welke medicijnen zijn gebruikt:

#### d) Welke medicijnen worden momenteel nog gebruikt:

Regulier:

Niet regulier:

## 5. Ziekenhuis opnames

Waarvoor :  
Wanneer :

## 6. Operaties:

Welke :  
Wanneer :

## 7. Ongevallen:

Ongeval gehad : ja / nee wat voor soort ongeval:  
Blijvend letsel : ja / nee welk letsel :

## 8. Inentingen:

a) Is uw kind ingeënt tegen:

DKTP	ja / nee
DTP	ja / nee
Hepatitis A en of B	ja / nee
HIB	ja / nee
BMR	ja / nee
GRIEP	ja / nee
Meningococ	ja / nee
Pneumococ	ja / nee

b) Andere inentingen, b.v. buitenlandse reizen : ja / nee  
Zo ja, welke:

c) Op welke inentingen heeft uw kind reacties gehad : ja / nee  
Zo ja, wat voor reactie:

## 9. Familie:

a) Komen er chronische ziekten in de familie voor : ja / nee  
(vader, moeder, broers, zussen, grootouders, ooms of tantes)  
Zo ja, welke:

b) Komen er allergieën in de familie voor : ja / nee  
Zo ja, welke:

## 10. Allergieën en alle soorten van onverdraagzaamheden

Heeft uw kind last van: (omcirkel het juiste antwoord)

Eczeem:	ja / nee	reageert op:
Hooikoorts:	ja / nee	reageert op:
Astma:	ja / nee	reageert op:
Maag/darmklachten:	ja / nee	reageert op:

## 11. Spijsvertering

### a) Heeft uw kind last van: (omcirkel het juiste antwoord)

zuurbranden : ja / nee

oprispingen : ja / nee

opgeblazen gevoel : ja / nee

Zo ja, meteen na het eten / 1/2 uur na het eten / 1 à 2 uur na het eten

### b) Hoe is de eetlust van uw kind: (Omcirkel het (de) juiste antwoord(en))

eetlust : goed / matig / slecht

frequentie ontlasting : regelmatig / onregelmatig

vorm ontlasting : goed gevormd / brijig / verstopping / diarree

hoe ziet de ontlasting eruit : zonder zichtbaar bloed / met zichtbaar bloed

hoe vaak: : ..... per dag / per week

### c) Wat voor voeding gebruikt uw kind: (Omcirkel het (de) juiste antwoord(en))

suiker / zoetheid ja / nee veel / weinig / geen

zuivel ja / nee veel / weinig / geen

groenten ja / nee veel / weinig / geen

fruit ja / nee veel / weinig / geen

brood ja / nee veel / weinig / geen

### d) Welke dranken nuttigt uw kind:

hoeveel per dag: ..... glazen/bekers of ..... ml.

### e) Magnetron:

Gebruikt u de magnetron bij het bereiden v/d voeding: ja / nee

### f) Behoeften:

Heeft uw kind extreme behoeften voor bepaalde voedingsmiddelen: ja / nee

Zo ja, welke:

Lust uw kind bepaalde voedingsmiddelen absoluut niet ja / nee

Zo ja, welke:

## 12. Ziekten van hoofd/keel

Hoort uw kind goed : ja / slecht / doof

## Gebit

### a) Heeft uw kind

melkgebit / blijvend gebit

amalgaamvullingen : ja/nee sinds:

heeft uw kind een beugel o.i.d. : ja/nee sinds:

gebruikt uw kind fluor : ja/nee sinds:

tabletten / tandpasta

b) Andere problemen met gebit : ja/nee

Zo ja, welke:

## 14. Slaappatroon

a) Slaapt uw kind snel in : ja/nee

Slaapt uw kind goed door : ja/nee

Wordt hij/zij uitgerust wakker : ja/nee

Wordt hij/zij vroegtijdig wakker : ja/nee

b) Heeft uw kind een TV / computer / (wekker)radio op zijn kamer:

*(Omcirkel het (de) juiste antwoord(en))*

## 15. Huisdieren:

Heeft u huisdieren : ja/nee welke:

## 16. Zwemmen

Zwemt uw kind : ja/nee

Hoe wordt het water van het zwembad gezuiverd: chloor / ozon / zout

Hierbij verklaar ik kennis te hebben genomen van de 'Informatie voor patiënten', die door het Centrum voor Biologische Geneeskunde is toegestuurd en verleen het Centrum voor Biologische Geneeskunde toestemming voor behandeling.

Ingevuld d.d.:

Handtekening ouder/voogd:

-----

-----