



Geertje's Touch

# Het intakeformulier voor kinderen

Invullen a.u.b. ter voorbereiding op uw eerste bezoek en graag een recente foto van uw kind bijvoegen als u het formulier gaat mailen.

**Persoonsgegevens:**

Voornaam en achternaam:

Geslacht: M/V

Geboren:

Bsnr:

Woonadres met postcode :

Email-adres:

Telefoonnr.:

Mobiel nr:

Zorgverzekeraar:

Relatienr.

Huisarts en tel:

Naam begeleidende specialist:

Naam school:

Groep:

Naam leerkracht:

Gaat uw kind naar de opvang en zo ja naar welke opvang:

Gezinssamenstelling en plek in het gezin:

Zijn de ouders gescheiden?

**Hoe is de gezondheid van uw kind:**

Heeft uw kind al kinderziektes gehad? Zo ja, welke? Is uw kind al gediagnosticeerd?

---

---

---

---

---

Gebruikt uw kind medicijnen? Zo ja, welke?

---

---

---

---

Zijn er bijzonderheden ( m.b.t. de ontwikkeling) waar wij van op de hoogte moeten zijn

---

---

---

---

Hoe verliep de zwangerschap en de geboorte en wat was de Apgarscore?

---

---

---

---

**Vragen over de voeding :**

Mag uw kind alles eten?

---

---

---

---

Heeft uw kind een allergie/ overgevoeligheid? Heeft uw kind een dieet?

---

---

---

---

**Vragen over de zindelijkheid:**

Is uw kind zindelijk? : \_\_\_\_\_  
Bent u bezig met de zindelijkheidstraining? : \_\_\_\_\_  
Eventuele bijzonderheden : \_\_\_\_\_

---

**Enkele vragen in het belang van het kind:**

Zit er dyslexie of hoogbegaafdheid in de familie

\_\_\_\_\_

Is de ontwikkeling van uw kind normaal verlopen?

Heeft uw kind gekropen voordat het ging lopen?

\_\_\_\_\_

Is uw kind bekend bij de Vroeghulp? Is uw kind gediagnosticeerd?

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

Is uw kind ergens bang voor? Zijn er andere zaken waar we bij uw kind rekening mee dienen te houden?

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

Wat verwacht u van de therapie?

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

---

De therapeute gaat u nooit adviseren om het normale medische circuit af te wijzen en u dient altijd met uw behandelend arts te overleggen, indien u met uw medicijnen iets wilt veranderen, wilt stoppen, andere medicijnen wilt gebruiken of een andere behandeling wenst.

Wessem datum:

Handtekening: