

Oudervragenlijst Motoriek t.b.v. Kinderoefentherapie

Voor u ligt een korte vragenlijst over het motorisch functioneren van uw kind. Om een zo goed mogelijk beeld te krijgen van zijn/haar motorische niveau is het van belang dat u het formulier zo zorgvuldig mogelijk invult. Vragen waarop u het antwoord niet weet of vragen die niet op uw kind van toepassing zijn, kunt u open laten. Overige vragen en/of opmerkingen kunt u onderaan het formulier kwijt.

Kindgegevens

Voornaam:

Achternaam:

Adres:

Postcode:

Woonplaats:

Geboortedatum:

Telefoonnummer:

Mobiel nummer ouder:

Mailadres ouder:

BSN nummer:

Verzekering:

Polisnummer:

Huisarts:

Verwijzer:

- Huisarts
- Specialist ziekenhuis
- Jeugdarts
- Anders

Naam verwijzer:

School:

Groep:

Gezinssamenstelling:

- Ouders Moeder Vader
 Broer Aantal; Leeftijd;
 Zus Aantal; Leeftijd;

Zwangerschaftsgegevens:

Zwangerschaftsduur:

Geboortegewicht:

Zijn er bijzonderheden tijdens of net na de zwangerschap of bevalling geweest?

- Nee
 Ja, namelijk;

Vroeg motorische ontwikkeling:

Hoe oud was uw kind toen het ging:

- Kruijen: jaar....., en maanden.....
- Omrollen: jaar....., en maanden.....
- Zitten: jaar....., en maanden.....
- Staan: jaar....., en maanden.....
- 1^e stapjes: jaar....., en maanden.....
- Lopen: jaar....., en maanden.....

Zijn er dingen die u opvallen aan het bewegen van uw zoon/ dochter?

- Nee
 Ja, dit komt naar voren op de volgende momenten;

Heeft u het idee dat uw zoon/dochter hiervan last ondervindt?

- Nee
 Ja, tijdens;

Stoot uw kind vaak dingen om / loopt het tegen dingen aan?

- Nee
 Ja

Kan uw kind fietsen op een tweewieler zonder zijwielen?

- Nee
 Ja, sinds leeftijd;

Heeft uw kind een zwemdiploma?

- Nee
 Ja, welke en sinds wanneer;

Kan uw kind zich zelfstandig aan- en uitkleden?

- Nee
 Ja, sinds leeftijd;

Is uw kind zindelijk?

Ja, sinds;

Overdag; ja nee 's Nachts; ja nee

Nee

Kan uw kind veters strikken?

Nee

Ja, sinds leeftijd;

Speelt uw kind buiten?

Nee, niet graag

Ja, en dan speelt het bij voorkeur met;

Speelt uw kind binnen?

Nee, niet graag

Ja, en dan speelt het bij voorkeur met;

Zit uw kind op een club of een sport?

Nee

Ja, namelijk;

Heeft uw kind hobby's?

Nee

Ja, namelijk;

Hoe is het contact met andere kinderen? (b.v. op school of bij een club/ sport?)

.....

Kan uw kind goed meekomen met gymnastiek op school?

Ja

Redelijk

Nee

Kan uw kind goed meekomen op school? (bijv; het schrijven, taal, rekenen etc.)

Ja

Redelijk

Nee

- Waarin wel?

- Waarin minder?

- Waarin niet?

Is uw kind eerder in behandeling geweest om de motorische ontwikkeling te stimuleren?

Nee

Ja, in verband met;

Welke vorm van therapie?

Is uw kind onder behandeling en/ of controle bij 1 of meerdere onderstaande disciplines?

Logopedist;

Naam:

Plaats:

Diëtist;

Naam:

Plaats:

Psycholoog;

Naam:

Plaats:

Specialist;

Naam:

Ziekenhuis:

Overig;

Naam en discipline:

Plaats:

Gebruikt uw kind medicijnen?

Nee

Ja, namelijk;

In verband met:

Is er sprake van gedragsproblemen?

Nee

Ja, namelijk;

Aanvullende vragen:

Wat is de reden van verwijzing naar Kinderoefentherapie?

Wat is de hulpvraag van u en van uw kind? (m.a.w. wat wilt u en wat wil uw kind bereiken binnen de therapie?)

Ouder(s);

Kind;

Heeft uw kind regelmatig last van lichamelijk ongemakken? Zo ja, welke?

- hoofdpijn
- groeipijn
- last van de ogen
- duizeligheid
- misselijkheid
- vermoeidheid
- oorpijn
- niet kunnen slapen
- niet goed eten
- anders, namelijk
- geen

Heeft u nog andere vragen of opmerkingen?

Handtekening ouder:

Datum:

Naam:

Hartelijk dank voor het invullen!

NB; U kunt het ingevulde formulier meenemen naar het eerste consult of mailen naar info@oefentherapie-drachten.nl

**Door het invullen van uw
volledige naam ondertekent
u dit document.**