# Cliënt: gegevens

Naam:..............................................................................................................................

Geboortedatum en leeftijd:...........................................................................................

Straat +nr:.....................................................................................................................

postcode en stad:.........................................................................................................

mail en gsm:.................................................................................................................

# Samenstelling gezin

Naam ouder:...............................................................................................................

Gsm en email

Naam ouder:...............................................................................................................

Gsm en email

Naam ouder:................................................................................................................

Naam ouder:................................................................................................................

Broers of zussen: (naam en leeftijd)......................................................................................

.....................................................................................................................................

.....................................................................................................................................

Naam en contactgegevens huidige school

…………………………………………………………………………………………………………………….……....

Vorige scholen?

……………………………………………………………………………………………………………………

# Doorverwijzing

Doorverwezen via (website : vindt een therapeut / dokter (naam)/ kennis / andere.

......................................................................................................................................

# Reden van aanmelding

Met welke bezorgdheden meldt u aan? Wat wilt u graag bereiken met therapie?

Waaruit bestaat de klachten (Lichamelijk / Emotionele / fysieke / andere)?   
  
……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  
  
……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Ervaart het kind deze klacht ook als probleem? Of ervaart het zelf iets anders?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  
  
…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Wat denkt u dat de oorzaak zou kunnen zijn?   
  
……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  
  
…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Wat denkt uw kind?  
  
……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  
  
…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Wat hoopt u te bereiken met therapie?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  
  
…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

# 5. Medische informatie

Naam en tel huisarts: .........................................................................................................................

mutualiteit: …………………………………………………………………………………………………………………………………..

Huidige medicatie:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  
  
……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

# 6. Reeds ondernomen stappen?

Psychologen / dokters / medicatie, ..... Wat was het resultaat?  
  
...................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

Eventuele diagnoses?

..................................................................................................................................................................

# 7.Enkele vragen over de levensloop van jouw kind.

# Zwangerschap:

Was de zwangerschap gepland? Hoe is de zwangerschap verlopen? Bevalling? Complicaties voor, tijdens, nadien? Hoe was het eerste contact?  
  
..................……………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

# Eerste levensmaanden:

problemen met mama of kind of andere gezinsleden?  
Temperament kindje?  
...................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

# Hoe verliep de ontwikkeling tot nu?

Kruipen, stappen, praten, eten, slapen, zindelijkheidstraining  
...................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

# Relationele ontwikkeling:

met gezinsleden, leeftijdsgenoten, andere volwassenen  
...................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

# Functioneren op school de afgelopen jaren?

Werkhouding, leervorderingen, meerdere scholen, contact met juffen, .......  
  
...................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

# Specifieke gewoontes, gedragingen of angsten?

buikpijn, niet slapen, niet eten, tics, angsten, fobieën, uitbarstingen, terugtrekken, ....  
...................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

# Bepaalde belangrijke gebeurtenissen in de afgelopen jaren?

Ziektes, opnames, scheiding van bepaalde personen, seksuele ervaringen met leeftijdsgenoten of andere, overlijdens, verhuizen, ....  
  
...................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................