

Naam _____
 Geboortedatum _____
 BSN _____
 Adres _____
 Postcode _____
 Plaats _____
 Telefoon _____
 Email _____
 Huisarts _____
 Specialist _____
 Verzekeraar _____
 Verzekernummer _____
 Handtekening _____

Is er de afgelopen maanden iets aan de gezondheid van het kind veranderd? Ja Nee _____
 Zo ja, wat? _____
 Is het kind onder behandeling van een arts of medisch specialist? Ja Nee _____
 Zo ja, waarvoor? _____
 Is het kind ergens allergisch voor? Ja Nee _____
 Zo ja, waarvoor? _____
 Heeft het kind een (aangeboren) hartafwijking? Ja Nee _____
 Heeft het kind epilepsie, vallende ziekte? Ja Nee _____
 Heeft het kind last van longklachten zoals astma, bronchitis of chronische hoest? Ja Nee _____
 Heeft het kind suikerziekte? Ja Nee _____
 Zo ja, gebruikt het insuline? Ja/Nee _____
 Heeft het kind bloedarmoede? Ja Nee _____
 Heeft het kind hepatitis, geelzucht of een andere leverziekte (gehad)? Ja Nee _____
 Heeft het kind een nierziekte? Ja Nee _____
 Heeft het kind problemen met de voeding en/of maagdarmklachten? Ja Nee _____
 Is het kind vaak angstig of erg druk? Ja Nee _____
 Volgt het kind speciaal onderwijs of bezoekt het een medisch kinderdagverblijf? Ja Nee _____
 Heeft het kind een ziekte of aandoening waar hierboven niet naar is gevraagd? Ja Nee _____
 Zo ja, welke? _____
 Gebruikt het kind momenteel medicijnen? Ja Nee _____
 Zo ja, welke _____
 Medicijnen: Ja Nee _____
 Opmerkingen: Ja Nee _____
 Naam van de ouder/verzorger die deze vragenlijst ingevuld heeft: Ja Nee _____

Datum _____

Handtekening _____