

Vragenlijst motoriek voor ouders/verzorgers

Voor u ligt een 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 of opmerkingen kunt u onderaan het laatste blad van de vragenlijst kwijt.

Voornaam	_____
Achternaam	_____
Adres/Postcode	_____
Woonplaats	_____
Geboortedatum	_____
Telefoon/06	_____
Mailadres	_____
Gezinssamenstelling	_____
School	_____
Klas/Klasseverloop	_____
Huisarts	_____
Specialist	_____
Verwijzer	_____
Verzekering	_____
Polisnummer	_____
BSN	_____
Paspoort/ID	_____

Wat is het probleem waarvoor uw kind naar de kinderoefentherapeut komt:

Wie heeft het probleem bij uw kind gesignaleerd?

Wat verwacht u van de kinderoefentherapeut? En kunt u de hulpvraag beschrijven?

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

Heeft uw kind problemen met slapen (inslapen, doorslapen, vroeg wakker worden)?

Hoe oud was uw kind toen het ging:

Omrollen	_____	jaar, en _____	maanden
Kruipen	_____	jaar, en _____	maanden
Zitten (los)	_____	jaar, en _____	maanden
Staan (los)	_____	jaar, en _____	maanden
1 ^e stapjes	_____	jaar, en _____	maanden
Lopen (vaardig)	_____	jaar, en _____	maanden

Wanneer was uw kind zindelijk?

Wanneer kwam de spraak/taal op gang en hoe verloopt deze?

Zijn er dingen die u opvallen aan het bewegen van uw zoon/dochter? Zo ja wanneer komt dit dan naar voren?

Heeft u het idee dat uw zoon/dochter hiervan last ondervindt? Zo ja, wanneer?

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

Kan uw kind fietsen op een tweewieler zonder zijlwielen? Ja/Nee, sinds leeftijd: _____

Heeft uw kind een zwemdiploma? Ja/Nee, sinds leeftijd: _____

Kan uw kind zich zelfstandig aan en aan/uitkleden? Ja/Nee, sinds leeftijd: _____

Kan uw kind veters strikken? Ja/Nee, sinds leeftijd: _____

Hoe is de zintuiglijke ontwikkeling (horen, zien, voelen)?

Over-/ondergevoelig voor licht/geluid/aanraking/beweging:

Hoe verloopt in het algemeen de spelontwikkeling?

Kan uw kind alleen spelen?

Kan uw kind samen spelen?

Speelt uw kind buiten? Ja/Nee, met: _____
 Speelt uw kind binnen? Ja/Nee, met: _____
 Zit uw kind op een sport/club? Ja/Nee, namelijk: _____
 Heeft uw kind hobby's? Ja/Nee, namelijk: _____

Hoe is het contact met andere kinderen?

Hoe gaat het met de zelfredzaamheid van uw kind?

Kan uw kind goed meekomen op school? Ja/Nee/Redelijk

Waar in wel: _____

Waar in niet: _____

Waar in minder: _____

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

Ja/Nee, in verband met: _____

Welke therapie: _____

Is uw kind onder behandeling/controle bij een medisch specialist?

Ja/Nee, namelijk: _____

Of ontvangt uw kind een andere vorm van zorg? _____

Ja/Nee:, namelijk _____

Indien van toepassing: Naam specialist/naam ziekenhuis: _____

Gebruikt uw kind medicijnen? Ja/Nee, namelijk: _____

In verband met: _____

Doorgemaakte ziektes: _____

Ziekenhuisopnames/operaties: Ja/Nee, namelijk: _____

Heeft uw kind regelmatig last van lichamelijke ongemakken:

0 hoofdpijn

0 vermoeidheid

0 groei pijn

0 oor pijn

0 last van de ogen

0 niet goed eten

0 duizeligheid

0 misselijkheid

0 anders, namelijk: _____



Oefentherapie C/M - Kinderoefentherapie - Psychosomatische Oefentherapie - Slaapoefentherapie

Familiaire aandoeningen: _____

Heeft u andere vragen of opmerkingen:

Handtekening ouder/verzorger:

Datum:
