

Oudervragenlijst 0-12 jaar **strikt vertrouwelijk**



Graag pasfoto toevoegen

Naam

Geboorte datum

De lijsten ingevuld retour zenden vóór het intakegesprek, naar onze locatie in Steenwijk (Sluisweg 10, 8332 JC) t.a.v.

Het intakegesprek staat gepland op _____ om _____ : _____ met _____

Het intakegesprek is, tenzij anders afgesproken, zonder uw kind op onze locatie te:

Dorpshuis De Veldkei Havelte, Veldkamp 77, 7971 BX Havelte

tel. 0521-521351

't Wheemhuus, Burg. Tonckenstraat 4, 7921 KC Zuidwolde

tel. 0521-521351

Multifunctioneel Kindcentrum Het Palet, Zuiderlaan 197D, 7944 EE Meppel

tel. 0521-521351

Gezondheidscentrum Steenwijkerland, Sluisweg 10, 8332 JC Steenwijk

tel. 0521-521351

Medisch Centrum Spectrum, Schoolstraat 4, 7941 CA Meppel

tel. 0521-521351

Personalia kind

Naam

Naam school

Roepnaam

Adres

Geslacht

Postcode/plaats

Geboortedatum

dd/mm/jj

Naam leerkracht

E-mail leerkracht

Is uw kind of uw gezin al eerder begeleid door hulpverlening?

Nee

Ja, wilt u verder toelichten?

Maatschappelijk werk

Jeugdzorg

Schoolbegeleidingsdienst

Raad voor de
kinderbescherming

Bureau jeugdzorg

Fysiotherapie

Zo ja: kopie verslag meesturen a.u.b.

Gezinsgegevens

Ouder(s)/verzorger(s)

Vader

Moeder

Geboortedatum:

Beroep:

Opleiding na basisschool

Bijzonderheden:

Overlijden

Scheiding

2e huwelijk

Adoptie

Pleegkind

Overig

Graag hiernaast toelichting geven bij hetgeen u heeft aan gekruist.

(bijvoorbeeld reactie van het kind op scheiding van ouders, hoe gaat het kind er nu mee om etc.)

Gezinssamenstelling

Plaats in de kinderrij (oudste, tweede, etc.):

	Broer/zus (naam)	Geb. datum	Beroep/school	Beroep/school*
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

* Bijzonderheden : d.w.z. al of niet meer thuiswonend / instelling etc.

Algemeen:

Andere huisgenoten dan gezinsleden (familie)

Recente verhuizing (binnen afgelopen 12 maanden)

Frequente verhuizingen (vaker dan 3x)

Tevreden over huidige woonsituatie

Ziekte, handicaps van broertje(s) en / of zusje(s). Geef aan:

Ziekten in de familie zowel van de zijde van de vader als van de moeder

Vader Moeder

Suikerziekte

Epilepsie

Spierziekte

COPD (cara)

Allergie

Slechthorendheid/ slechtziendheid

Psychiatrisch ziektebeeld

Neurologische aandoeningen

(Hersenontsteking, m.s., e.d.)

Overigen, geef aan:

Schoolproblemen in de familie:

	Vader	Moeder	Broertje	Zusje
Algemene leerproblemen				
Lees-, en taalproblemen				
Rekenproblemen				
Handschriftproblemen				
Gedragsproblemen				
Emotionele problemen (faalangst, schoolangst, slapeloosheid)				
Motorische problemen				

Gegevens over uw kind

Zwangerschap

Ziekten		Roken			
Vloeiingen		Alcoholgebruik			
Verhoogde bloeddruk		Druggebruik			
Medicijnen		Ziekenhuisopname			
Voeding (b.v. zoutarm, zoutloos, suikervrij)					
Anders :					
Te vroeg	weken	Te laat	weken		
Duur +/-	uur				
Natuurlijke bevalling	Keizersnede	Stuitbevalling	Tangverlossing	Vacuümverlossing	
Complicaties, geef aan:					
Uitdrijving:	Zeer snel	Gemiddeld	Langdurig	Poliklinisch	Thuis

Vruchtenwater

Uitdroging Helder meconiumhoudend Anders:

Baby

Gewicht:

Kleur Baby: Normaal Blauw Wit Anders:

Reacties: Direct huilen Stil en slap

Hartslag: Normaal Afwijkend

APGAR: 1^e keer 2^e keer 3^e keer

Couveuseverpleging

Zuigeling/peuter/kleuterperiode (0 t/m 4 jaar)

beperkte of te grote toename van : Gewicht Lengte Hoofdomtrek

Ziekten (specificeerbij toelichting)	Zeer hoge koorts
Langdurig zuurstoftekort	Spierziekte
Allergie	Eczeem
Stuipen	Vergiftiging
Oog/oorontstekingen	Bloeding : normaal / bijzonder
Voedingsmoeilijkheden	Ziekenhuisopname
Behandeling specialist (welk specialisme:	Medicijnen
	Opvallend veel huilen
Slechthorend	Onverwachte gedragsverandering
Buisjes gezet	Terugval in de ontwikkeling
Gezichtsvermogen	Slaapproblemen
Problemen bij zindelijk worden (licht toe)	Als baby opvallend angstig / onrustig
Handicap / beperking:	Spanning in gezin in deze periode

Ruimte voor toelichting:

Is het kind op de peuterspeelzaal/kinderdagverblijf geweest: Ja (naam :) Nee
Hoe is / was het gedrag op de peuterspeelzaal ?

Motorische ontwikkeling

■ Zitten zonder steun	Maanden	■ Rent	Jaar
■ Staat met steun	Maanden	■ Vangt bal	Jaar
■ Loopt aan de hand	Maanden	■ Kan los fietsen	Jaar
■ Loopt alleen	Maanden	■ Zwemmen	Jaar

Waren / zijn er opvallendheden? (Ontwikkelingsvertraging, afwijkende manier van bewegingen, coördinatieproblemen e.d.)

Kinderfysiotherapie of ergotherapie

Naam therapeut: sinds

Met een frequentie van: maal per Week / Twee weken

Waarvoor wordt / is gewerkt? (licht toe s.v.p.)

Met welk resultaat?

Is er sprake geweest van ouderbegeleiding en/of advisering? Ja Nee

Geef een beschrijving van de motorische problemen:

Graag een kopie van het laatste verslag bijvoegen.

Spraak- taalontwikkeling

- Eerste woordje Maanden
- Noemt zijn/haar naam Jaar en maanden
- Kent liedje of rijmpje Jaar en maanden
- Noemt zijn/haar leeftijd Jaar en maanden

Begrijpt uw kind voldoende? Ja Nee Verstaat u uw kind voldoende? Ja Nee

Taalproblemen

Lang kinderlijk blijven praten	Spreekt niet of zeer weinig
Onverstaanbaar of 'krom' praten	Voelt zich niet aangesproken wanneer bij naam aangesproken
Praat aan één stuk door	Pakt informatie nauwelijks op. Het lijkt langs hem/haar heen te gaan
Verwisselt klanken in woorden	Taalgebruik is wat ouwelijk, te wijs voor zijn/haar leeftijd
Moeite om woorden te vinden ('eh, eh, hoe heet dat ook weer, of dinges')	Herhaalt exact woorden en zinnen die het heeft gehoord
Moeite om namen en woorden te onthouden	Heeft moeite om zich in de kindergroep begrijpelijk uit te drukken
Moeite om kinderversjes te onthouden	Bijzondere ervaringen m.b.t. de spraaktaalontwikkeling op peuterspeelzaal en/of groep 1-2

Ruimte voor toelichting:

Bijzondere ervaringen m.b.t. de spraaktaalontwikkeling vanaf groep 3 (licht toe s.v.p.):

Ruimte voor toelichting:

Logopedie

Naam therapeut: sinds

Met een frequentie van: maal per Week / Twee weken

Waaraan wordt / is gewerkt? (licht toe s.v.p.)

Geef een beschrijving van eventuele spraakstoornissen:

Overige kindgegevens

Lichamelijk

ziekten, welke:

behandeling specialist (geef specialisme en de aanleiding aan):

medicijngebruik (geef aan welke en waarvoor):

Slaapproblemen / Eetproblemen / Zindelijkheidsproblemen

Ruimte voor toelichting:

Gezichtsproblemen (licht toe s.v.p.) (bv. brildragend, lui oog, oogontsteking, scheel kijken, kleurenblind)

Gehoorsproblemen (licht toe s.v.p.) (bv.. buisjes, vocht, slechthorend, doof)

Motorische problemen (licht toe s.v.p.) (bv. tics, evenwicht, veel vallen, loopt zwaar, etc.)

zintuigelijke problemen (licht toe s.v.p.)

(bv. overgevoelig, of juist niet voor licht-, geluid of pijnprkkelers, sterk reagerend op geuren, aan dingen moeten ruiken, overgevoelig in het mondgebied,

Gedrag

Is onhandig
(struikelen, vallen, spullen laten vallen)

Maakt veel stuk

Kan zich niet concentreren

Is snel afgeleid

Luistert slecht

Reageert niet op belonen/straffen

Speelt weinig

Maakt moeilijk contact met
leeftijdsgenootjes

Contact behouden met
leeftijdsgenootjes is moeilijk voor hem/haar

Opvallend stil en teruggetrokken

Doet dingen zonder na te denken (impuslief)

Veroorzaakt vaak moeilijkheden in
zijn/haar directe omgeving

Dagdromen

Spijbelen

Wil steeds dezelfde dingen doen

Anders...

Ruimte voor toelichting:

Steeds dezelfde bewegingen maken

Nachtmerries

Loopt weg

Steelt

Wappert soms / vaak met de handen

Liegt

Gefascineerd met vuur

Is geobsedeerd door bepaalde zaken (licht toe s.v.p.)

Loopt opvallend veel op de tenen

Heeft veel problemen met een nieuwe situatie

Praat met een onzichtbaar vriendje of
een andere persoon

Heeft een zeer ingrijpende gebeurtenis meegemaakt
(traumatisch) (licht toe s.v.p.)

Heeft een bijna doodervaring gehad (BDE)
(licht toe s.v.p.)

Zelfredzaamheid

Kleedt zichzelf aan

Wast zichzelf

Gaat zonder hulp naar toilet

Kan zelfstandig een taakje uitvoeren

Gedrag

Speelt voornamelijk binnen

Speelt voornamelijk buiten

Kan creatief bezig zijn (tekenen, kleien e.d.)

Is lang met een bepaalde activiteit bezig

Wisselt snel van activiteit

Speelt opvallend vaak met hetzelfde speelgoed of steeds hetzelfde spel

Speelt meestal:

alleen

in een klein groepje (1-2 kinderen)

in een groot groepje (meer dan 3 kinderen)

Speelt met jonge kinderen

Speelt met oudere kinderen

Heeft vaste vriendjes

Heeft vriendjes die in problemen komen

Kan niet tegen verlies

Kan niet goed speelgoed delen

Heeft een sterke drang om bepaalde zaken altijd op dezelfde manier te doen

Is overmatig bezig met computer of televisie

Kan zichzelf niet vermaken

Is in een groep: Leider Volgeling Verstoorder

Ruimte voor toelichting:

Sociaal gedrag

Is in de kindergroep: Verlegen Spontaan Aandachteisend

Is tegenover vreemden verlegen/vrij

Maakt wel / geen onderscheid tussen bekenden en vreemden

Kan goed met broertje(s) en zusje(s) opschieten

Zit op een club / vereniging:

Wordt geplaagd op school en/of op straat

Ziet op tegen school

Trekt sterk naar vader / moeder of anderen, nl:

Hoe beoordeelt u het sociaal gedrag van uw kind op school?

Stemmings- en gedragkenmerken (zoals het kind doorgaans op u overkomt)

Opgewekt / levenslustig / blij	Woede-aanvallen / driftbuien
Somber / lusteloos / hangerig / gedrukt	Agressief
Stil / kalm / rustig	Slordig / chaotisch
Onverschillig	Stabiel / evenwichtig
Perfectionistisch	Snel van streek / wisselt
Koppig	Druk
Serieus / ernstig / bedachtzaam	Eerlijk
Angstig / achterdochtig	Oneerlijk
Gespannen / gehaast / zenuwachtig	Ordelijk
Behulpzaam	Gaat sterk zijn / haar eigen weg
Vriendelijk	Aanhankelijk
Houdt rekening met anderen	Gehoorzaam
Toegeeflijk / meegaand	Ongehoorzaam
Assertief	Sterk op zichzelf gericht
Snel ontmoedigd	Huilen / gilbuien
Grensoverschrijdend gedrag	Faalangstig
Gezellig	
Stoer	

Ruimte voor toelichting:

Zijn er opvallende punten in vergelijking met broertjes en / of zusjes?

Sterke kanten van uw kind

Hieronder kunt u kort vermelden waarop u trots bent ten aanzien van uw kind. Waar geniet u van?
Wat is er zo prettig aan hem of haar? Of waar bent u trots op?

Wat verwacht u samen met ons te bereiken

Wat zijn uw dromen ten aanzien van uw kind?

Wat zou u het liefst willen en wat zou uw kind het liefst willen?

Schooltijd van het kind:

Geef het schoolverloop aan (bv. groep 1-2-3- etc.)

Hoe ontwikkelde uw kind zich in groep 1 en 2 (bv. wel / niet met plezier naar school, leer- en / of gedragsproblemen e.d.)?

Hoe ontwikkelde het zich vanaf groep 3 (bv. wel / niet met plezier naar school, leervorderingen, leerproblemen met welke vakken, gedragsproblemen, pesten e.d.)?

Hoe is / was doorgaans het contact met de groepsleerkracht?

Wilt u hieronder belangrijke zaken schrijven die niet in de lijst werden gevraagd?

Kunt u de belangrijkste klacht(en) nog eens kort beschrijven?

Wat zijn uw eigen ideeën t.a.v. dit onderzoek en / of behandeling?

Waar wilt u een antwoord op, wat hoopt u voor uw kind / gezin te bereiken. Wat is volgens u de oorzaak van de klachten?

Plaats: _____, datum: _____ dd/mm/jj

Ingevuld door: vader / moeder

Handtekening(en) beide ouders/verzorgers

Handtekening: _____

Handtekening: _____

Hieronder kunt u informatie kwijt die u van belang vindt: