



Vragenlijst intake

Praktijk van Waterschoot
Paardeweide 6
4824 EH Breda
076-5417250

PERSOONSGEGEVENS*

Naam :

Geboortedatum :

Adres :

Postcode/Woonplaats :

Telefoon :

E-mailadres :

Gezinssamenstelling :

School (indien van toepassing) :

Adres :

Groep :

Leerkracht :

Groepsverloop :

Datum van invullen :

Beroep vader :

Beroep moeder :

Leeftijd vader :

Leeftijd moeder :

Naam en adres huisarts :

Verzekerd bij :

Aanvullende verzekering type :

* Zou u zo vriendelijk willen zijn een pasfoto van uw zoon/dochter toe te voegen.

Uw zoon/dochter wordt verwacht bij het intakegesprek (ook) aanwezig te zijn.

(Mocht u voor het invullen niet genoeg ruimte hebben dan kunt u de achterkant van het papier gebruiken, graag met vermelding van het nummer van de vraag)

A. ALGEMEEN

Reden van aanmelding.

1.) Zou u een omschrijving van het probleem kunnen geven? Wat voor aanwijzingen ziet u daarvoor?

Wat is uw hulpvraag?

2.) Is uw kind eerder getest of in behandeling geweest of is er iets ondernomen om het probleem aan te pakken? Zou u eventuele informatie van eerdere onderzoeken met dit formulier mee willen sturen?

3.) Wanneer werden de problemen voor het eerst zichtbaar?

B. DE ONTWIKKELING VAN UW KIND

1.) Zijn er bijzonderheden te vermelden over het verloop van de zwangerschap?

2.) Kunt u iets vertellen over de bevalling/de geboorte van uw kind (b.v. geboortegewicht; apgarscore; evt. complicaties; couveuse)

3.) Hoe heeft u uw kind ervaren in de eerste 4 levensjaren ten aanzien van de volgende ontwikkelingsaspecten:

- lichamelijk contact; knuffelen

- oogcontact

- reactie op onbekenden / reactie op veranderingen / weggaan van de ouder

- taal (brabbelen; eerste woordjes; taalbegrip; woordenschat; opvallendheden; geleidelijk of in één keer)

- motorische ontwikkeling (wanneer kon uw kind lopen? handvoorkeur? fietsen?)

- eten, slapen, zindelijkheid: opvallendheden?

- temperament (boosheid; frustratie; troostbaarheid; behoefte aan rituelen?)

- zintuigen (gehoor; visus; huid): opvallendheden? Extra gevoeligheden, b.v. voor geluiden,...

- spel: Wat doet het kind? Wat vindt het kind leuk? Heeft het speciale voorkeuren? Kan het kind alleen spelen? Kan het kind samen spelen?

- gedrag (Driftbuien? Onhandigheid? Vergeetachtig? Beweeglijkheid? Terugtrekken? Snel afgeleid? Typische gedragingen? Prikkelbaar?)

4.) Hoe is het momenteel met de lichamelijke gezondheid van uw kind (b.v. Vaak ziek? Kortademig? Snel moe? Eetproblemen? Bewegen problematisch of soepel?)?

5.) Hoe zou u uw manier van opvoeden beschrijven? Wat vindt u belangrijke waarden en normen om uw kind(eren) bij te brengen? Waar loopt u in de opvoeding van uw kind(eren) het meest tegenaan?

6.) Is uw kind onder behandeling van een arts of specialist/logopedist/fysiotherapeut/remedial teacher of andere behandelaars (geweest) en waarvoor? Welk resultaat had dit?

7.) Had/heeft uw kind moeite met het onthouden van namen, rijmpjes, kleuren, dagen van de week e.d., of moeite om op een woord te komen? (Geef aan wat van toepassing is)

8.) Komen er bij familieleden leesproblemen (dyslexie) of rekenproblemen (dyscalculie) voor?

9.) Hoe is het contact van uw zoon/dochter met:

Ouders :

Broers / zusjes :

Anderen (vrienden; opa/oma) :

10.) Kunt u een aantal eigenschappen noemen die karakteristiek zijn voor uw kind?

Sterke kanten:

Zwakke kanten:

11.) Hoe reageert uw kind op :

een mislukking :

afkeuring :

goedkeuring :

regels :

12.) Heeft uw kind ooit iets meegemaakt dat hem/haar emotioneel erg aangegrepen heeft (denk aan overlijden van iemand; scheiding ouders; ziekenhuisopname; verhuizing; brand; ongeval; ...)?

| |
|--|
| C. VRAGEN MET BETREKKING TOT HET GEDRAG VAN UW KIND |
|--|

1.) a. Heeft uw kind veel vriend(inn)en?

b. Zijn vriend(inn)en met name: oudere kinderen / jongere kinderen / leeftijdsgenoten
(*doorstrepen wat niet van toepassing is*)

2.) Speelt uw kind meestal buiten of binnen?

3.) Heeft uw kind voorkeur voor bepaald speelgoed/spel?

4.) Hoeveel tijd besteedt uw kind per dag aan TV kijken en naar welke programma's kijkt hij/zij hoofdzakelijk?

5.) Welke vrijetijdsbesteding heeft uw kind (wel of niet in clubverband)?

6.) Zijn er gedragsproblemen? Zo ja, welke?

7.) Over welke gedragingen maakt u zich het meeste zorgen?

| |
|--|
| D. GEGEVENS MET BETREKKING TOT SCHOOL |
|--|

1.) Zijn er bijzonderheden met betrekking tot het gedrag van uw kind in de klas? Zo ja, welke?

2.) Hoe is de relatie naar de klasgenoten?

3.) Hoe is de relatie met de leerkracht?

4.) Wanneer zijn de eventuele problemen op school begonnen?

5.) Is er vanuit de school begrip voor de problematiek? Wordt er binnen de school iets aan gedaan?

6.) Durft uw kind in de klas vrijuit te spreken, vraagt hij/zij gemakkelijk in de klas?

7.) Is er sprake van faalangst bij uw kind?

8.) Zijn er specifieke vakken waar problemen zijn?

9.) Welke vakken hebben de voorkeur?

10.) Aan welke vakken heeft uw kind een hekel?

11.) Is er een periode geweest waarin uw kind mogelijk minder heeft kunnen profiteren van het onderwijs door bijvoorbeeld veel wisseling of ziekte van leerkracht(en), of dat uw kind zelf ziek is geweest, een verhuizing of andere problemen?

12.) Eventuele bijzonderheden:

TOESTEMMINGSFORMULIER

Hierbij verklaren ondergetekende(n) dat zij Praktijk van Waterschoot toestemming verlenen voor het verrichten van psychodiagnostisch onderzoek bij:

Naam kind :

Geboortedatum :

Daarnaast verklaren ondergetekende(n) dat zij Praktijk van Waterschoot toestemming verlenen voor het informeren van de onderstaande instanties en personen over het bovenstaande psychodiagnostisch onderzoek en voor het opvragen van relevante onderzoeks-, medische-, en/of schoolgegevens bij de onderstaande instanties en personen.

** S.v.p. aanvinken welke instanties van toepassing zijn en de naam van de betreffende persoon en/of instantie vermelden.*

- | <u>Instantie:</u> | <u>Naam:</u> |
|---|--------------|
| <input type="checkbox"/> Huisarts | |
| <input type="checkbox"/> School | |
| <input type="checkbox"/> Psychologische instantie | |
| <input type="checkbox"/> Logopedische instantie | |
| <input type="checkbox"/> Fysiotherapeut | |
| <input type="checkbox"/> Ziekenhuis | |

Naam vader (en/of verzorger) : Handtekening:

Naam moeder (en/of verzorger) : Handtekening:

Handtekening cliënt(e) (vanaf 12 jaar) :

Datum/Plaats :