**Beide ouders hebben weet van de opstart van de therapie?**  **JA / NEEN** *(haal weg wat niet past)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| GEGEVENS KIND | | | |  |
| Jongen/meisje | | | |  |
| Geboortedatum | | | |  |
| Adres | | | |  |
|  |
| Rijksregisternummer: | | | |  |
| Broer(s)/zus(sen): Zo ja, leeftijd(en) | | | |  |
| Moedertaal | | | |  |
| School | | | |  |
| Klas | | | |  |
|  | | | |  |
| MIJN MAMA IS: | | | |  |
| Naam & voornaam | | | |  |
| Adres | | | |  |
| Telefoonnummer mama | | | |  |
|  | | | |  |
| MIJN PAPA IS | | | |  |
| Naam & voornaam | | | |  |
| Adres | | | |  |
| Telefoonnummer papa | | | |  |
|  | | | |  |
| GEZIN (*kruis aan*) | | | |  |
|  | Wonen nog samen | | | |
|  | Zijn gescheiden | | | |
|  | nieuw samengesteld gezin | | | |
| Naam van eventuele partner | | | |
| Mama | |  | |
| Papa | |  | |
|  | mijn mama / papa is overleden | | | |
|  | eigen gezin | | | |
|  | adoptiegezin | | | |
|  | pleeggezin | | | |
| DOORVERWIJZING - Wie heeft u verwezen naar onze praktijk? | | | | |
|  | | huisarts / kinderarts (*naam*): | | |
|  | | Kinderpsychiater (*naam*): | | |
|  | | kinderpsycholoog / orthopedagoog (*naam*): | | |
|  | | logopedist (*naam*): | | |
|  | | kinesist (*naam*): | | |
|  | | CLB; contactpersoon (*naam*): | | |
|  | | niemand, eigen initiatief | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ZORGVERLENER | | |
| Welke hulpverlener is er **op dit moment** betrokken voor deze problemen? (*kruis aan*) | | |
|  | | huisarts / kinderarts (*naam*): |
|  | | Kinderpsychiater (*naam*): |
|  | | kinderpsycholoog / orthopedagoog (*naam*): |
|  | | logopedist (*naam*): |
|  | | kinesist (*naam*): |
|  | | CLB; contactpersoon (*naam*): |
| andere | |  |
| Welke hulpverlener **was** er vroeger betrokken voor deze problemen? (*kruis aan*) | | |
|  | | huisarts / kinderarts (*naam*): |
|  | | Kinderpsychiater (*naam*): |
|  | | kinderpsycholoog / orthopedagoog (*naam*): |
|  | | logopedist (*naam*): |
|  | | kinesist (*naam*): |
|  | | CLB; contactpersoon (*naam*): |
| andere |  | |
| DIAGNOSE - Is er bij uw kind al een diagnose vastgesteld? (*kruis aan*) | | |
|  | nee | |
|  | Ja: | |
| OPNAME - Is uw kind al in (dag)opname geweest op een kinderpsychiatrische dienst? (*kruis aan*) | | |
|  | nee | |
|  | Ja, waar: | |
| MEDICATIE (*kruis aan*) | | |
|  | nee | |
|  | Ja, welke: | |
| JEUGDZORG (OCJ) – JEUGDRECHTBANK - Wordt uw kind opgevolgd door jeugdzorg (OCJ)  of jeugdrechtbank? (*kruis aan*) | | |
|  | | nee |
|  | | Ja, door wie: |
| ZORGVRAAG - Over welke problemen maakt u zich zorgen bij uw kind? (*kruis aan*) | | |
|  | | moeilijk gedrag |
|  | | Concentratieproblematiek |
|  | | emoties |
|  | | leren op school |
|  | | taal |
|  | | motoriek |
| andere | |  |
| HULPVRAAG - Ik ben op zoek naar (*kruis aan*) | | |
|  | | begeleiding voor mijn kind |
|  | | begeleiding voor ouders / gezin diagnostisch onderzoek |
|  | | medicatie-opvolging |
| ANDERE | | |
| Wat wil u graag bereiken voor uw kind? Welke wensen en verwachtingen heeft u? | | |
|  | | |
| Is er verder nog iets wat u ons graag wil melden? | | |
|  | | |