**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? |
|  |