

Anamnese formulier Neurofeedback training

• KINDEREN



S.v.p invullen en bij de intake meenemen.

Ouders kunnen uiteraard dit formulier ook in overleg met het kind invullen.

1 PERSOONSgegevens

Naam	
Straatnaam en huisnummer	
Postcode en woonplaats	
Geboortedatum	
Lengte	
Gewicht	
Telefoonnummer	
E-mailadres	
Naam huisarts	
Adres huisarts	
Telefoonnummer huisarts	
Naam specialist	
Bij welke zorgverzekeraar ben je verzekerd?	
Wat is de diagnose?	
Door welke arts is de diagnose gesteld?	
Wat zijn de voorkeursdagen en tijden voor het volgen van behandelingen?	

2 KLACHTOMSCHRIJVING

Wat is het probleem of wat zijn je klachten?

Hoe lang bestaan deze problemen/klachten al?

Welke medicijnen gebruik je?

S.v.p. bijsluiter meenemen.

--	--

3 TRAUMA's

Is er sprake van:

Traumatische gebeurtenissen in je verleden? JA NEE emotioneel lichamelijk psychisch

Zo ja licht dit toe bij de intake.

4 MOGELIJKE AANDOENINGEN

- | | | |
|--|-----------------------------|------------------------------|
| 1. Kan je een half uur zonder onderbreking stil zitten? | JA <input type="checkbox"/> | NEE <input type="checkbox"/> |
| 2. Zie je goed? | JA <input type="checkbox"/> | NEE <input type="checkbox"/> |
| 3. Hoor je goed? | JA <input type="checkbox"/> | NEE <input type="checkbox"/> |
| 4. Zijn de omstandigheden thuis goed?
<i>Meerdere kinderen met problemen, echtscheiding, ziekte, overlijden dierbaar persoon etc.</i> | JA <input type="checkbox"/> | NEE <input type="checkbox"/> |

Is er sprake van:

- | | | |
|--|-----------------------------|------------------------------|
| 5. Gedragsproblemen?
<i>Komen deze gedragsproblemen tot uiting thuis?</i> | JA <input type="checkbox"/> | NEE <input type="checkbox"/> |
| <i>Komen deze gedragsproblemen tot uiting op school?</i> | JA <input type="checkbox"/> | NEE <input type="checkbox"/> |
| 6. Eetproblemen? | JA <input type="checkbox"/> | NEE <input type="checkbox"/> |
| 7. Depressiviteit? | JA <input type="checkbox"/> | NEE <input type="checkbox"/> |
| 8. Epilepsie? | JA <input type="checkbox"/> | NEE <input type="checkbox"/> |
| 9. Angststoornissen of angstaanvallen? | JA <input type="checkbox"/> | NEE <input type="checkbox"/> |
| 10. Woede aanvallen en/of agressiviteit? | JA <input type="checkbox"/> | NEE <input type="checkbox"/> |
| 11. Dwanghandelingen / -gedachten? | JA <input type="checkbox"/> | NEE <input type="checkbox"/> |
| 12. Ben je erg gevoelig voor pijn, veranderingen, teleurstellingen, afwijzingen? | JA <input type="checkbox"/> | NEE <input type="checkbox"/> |
| 13. Voel je je snel vermoeid of opgewonden in grotere groepen?
<i>(school, (kinder)feestjes, (sport)clubs, grote groepen in het algemeen)</i> | JA <input type="checkbox"/> | NEE <input type="checkbox"/> |
| 14. Heb je je ouders wel eens verteld over buitenzintuiglijke waarnemingen, of ervaringen, b.v het zien van aura's, het herinneren van vorige levens, het zien horen of voelen van 'andere' energieën? | JA <input type="checkbox"/> | NEE <input type="checkbox"/> |

Heb je een of meerdere bovenstaande vragen met ja beantwoord geef dan hier per vraag een korte toelichting. Vergeet hierbij niet het nummer van de vraag te vermelden!

5 SLAAP/WAAK PROBLEMEN

15. Is er sprake van slaapstoornissen? JA NEE
16. Hoe laat ga je naar bed?
17. Wat zijn de activiteiten vlak voor het slapen gaan? TV, computer, verhaaltje?
18. Slaap je dan meteen? JA NEE
19. Slaap je de nacht door? JA NEE
20. Ongeveer hoeveel uur per nacht?
21. Kan je de volgende dag goed uit bed komen? JA NEE

*Heb je een of meerdere bovenstaande vragen met ja beantwoord geef dan hier per vraag een korte toelichting.
Vergeet hierbij niet het nummer van de vraag te vermelden!*

6 SCHOOL

22. Ga je graag naar school? JA NEE
- Is er sprake van:*
23. Leerproblemen? JA NEE
24. Concentratiestoornissen? JA NEE
25. Een innerlijk gespannen gevoel in hoofd of lichaam? (druk hoofd) JA NEE
26. Onhandigheid, coördinatiestoornissen c.q. sensomotorische problemen? JA NEE
27. Hyperactiviteit? JA NEE
28. Dyslexie? JA NEE

*Heb je een of meerdere bovenstaande vragen met ja beantwoord geef dan hier per vraag een korte toelichting.
Vergeet hierbij niet het nummer van de vraag te vermelden!*
