|  |
| --- |
| Vragenlijst voor beoordeling van HCFS (Hoog Cervicale Functie Stoornis) |
| **Voorletter(s) baby:** Klik of tik om tekst in te voeren. **Roepnaam:** Klik of tik om tekst in te voeren. **Achternaam baby:** Klik of tik om tekst in te voeren. **Geb. datum:** Klik of tik om een datum in te voeren. |
| BSN-nummer: Klik of tik om tekst in te voeren. | Huisarts: Klik of tik om tekst in te voeren. |
| Naam 1e ouder: Klik of tik om tekst in te voeren.Naam 2e ouder: Klik of tik om tekst in te voeren. | Akkoord voor behandeling: 1e ouder [ ]  2e ouder [ ]  |
| Telefoonnummer: Klik of tik om tekst in te voeren. | Datum 1e afspraak: Klik of tik om een datum in te voeren.  |
|  Wat is de (voornaamste) reden dat u de praktijk bezoekt? Klik of tik om tekst in te voeren.  |
|  Hoe heb je de zwangerschap ervaren?  Klik of tik om tekst in te voeren. |
|  Is de bevalling normaal verlopen?  Klik of tik om tekst in te voeren. |
|  Waren er opvallende dingen aan de houding van beweging van uw baby direct na de geboorte? Klik of tik om tekst in te voeren. |
|  Is er gebruik gemaakt van een vacuümpomp? Kies een item. |
|  Was er sprake van een keizersnede? Kies een item. Zo ja: Klik of tik om tekst in te voeren. |
|  Is dit uw eerste kindje? Kies een item. |
|  Huilt uw baby vaak / veel? Kies een item. |
|  Is uw baby gespannen? Kies een item. |
|  Overstrekt uw baby zich vaak? Kies een item. |
|  Is uw baby regelmatig driftig / boos? Kies een item. |
|  Kan uw baby normaal drinken? Kies een item. |
|  Welke voeding gebruikt u? Kies een item.  Indien Fles: Klik of tik om tekst in te voeren. |
|  Indien u borstvoeding geeft; is er verschil links/rechts? Kies een item. Zo ja, drinkt het beste aan Kies een item. |
|  Vind je dat je baby vaak of veel moet overgeven? Kies een item. |
|  Verdraagt je baby het als zijn/haar nek wordt aangeraakt, bv bij aankleden/baden? Kies een item. |
|  Is er een abnormale ontlasting of darmkrampen? Kies een item. |
|  Vind je de bewegingen van de armen, handen of benen van je baby normaal? Kies een item. |
|  Is er sprake van een voorkeurshouding? Kies een item. Zo ja, naar Kies een item. |
|  Hoe is de slaaphouding van je baby? Klik of tik om tekst in te voeren. |
|  Wil je baby wel geknuffeld worden? Kies een item. |
|  Zit je baby vaak met een hand achter het oor te plukken? Kies een item. |
|  Zijn er in de familie meer kinderen met soortgelijke problemen? Kies een item. |
| Opmerkingen of toelichting: Klik of tik om tekst in te voeren. |

Bedankt voor het invullen.

De vragenlijst graag als Word of PDF document verzenden aan info@fysiotherapiejoure.nl
(of meenemen naar uw eerste afspraak)

Op al uw contact met Fysiotherapie de Jong is het privacyreglement van toepassing. U kunt het privacyreglement vinden op: <https://www.fysiotherapiejoure.nl/informatie/privacyreglement/>