|  |  |
| --- | --- |
| 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](mailto: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/>