

Vragenlijst motoriek voor ouders / verzorgers

Voor u ligt een korte vragenlijst over het motorisch functioneren van uw kind. Om een zo goed mogelijk beeld te krijgen van zijn/haar motorische niveau is het van belang dat u het formulier zo zorgvuldig mogelijk invult. Vragen waarop u het antwoord niet weet of vragen die niet op uw kind van toepassing zijn, kunt u open laten. Overige vragen en/of opmerkingen kunt u onderaan het formulier kwijt.

Voornaam _____
Achternaam _____
Adres _____
Postcode _____
Woonplaats _____
Geboortedatum _____
Telefoonnummer _____
Mobiel nummer ouder _____
Mailadres ouder _____
Gezinssamenstelling _____
School _____
Klas _____
Klasseverloop _____
Huisarts _____
Specialist _____
Verwijzer _____
Verzekering _____
Polisnummer _____

BSN _____
Paspoort/Identiteitsbewijs _____

Wat is het probleem waarvoor uw kind naar de kinderoefentherapeut komt:

Wie heeft het probleem bij uw kind gesignaleerd?

Wat verwacht u van de kinderoefentherapeut? En wat zijn uw wensen ten aanzien van uw kind

Zijn er bijzonderheden tijdens of net na de zwangerschap of bevalling geweest? Nee/ Ja, namelijk

Hoe oud was uw kind toen het ging:

Kruipen _____ jaar, en _____ maanden

Omrollen	_____	jaar, en	_____	maanden
Zitten (los)	_____	jaar, en	_____	maanden
Staan (los)	_____	jaar, en	_____	maanden
1 ^e stapjes	_____	jaar, en	_____	maanden
Lopen (vaardig)	_____	jaar, en	_____	maanden

Wanneer was uw kind zindelijk?

Wanneer kwam spraak/taal op gang en hoe verloopt deze?

Zijn er dingen die u opvallen aan het bewegen van uw zoon dochter? Nee/ Ja, dit komt naar voren op de volgende momenten

Heeft u het idee dat uw zoon/dochter hiervan last ondervindt? Nee/ Ja, tijdens

Stoot uw kind vaak dingen om / loopt het tegen dingen aan? Ja/ Nee _____

Kan uw kind fietsen op een tweewieler zonder zijwielen? Nee/ Ja, sinds leeftijd: _____

Heeft uw kind een zwemdiploma? Nee/ Ja, welke? sinds leeftijd: _____

Kan uw kind zich zelfstandig aan/uitkleden? Nee/ Ja, sinds leeftijd: _____

Kan uw kind veters strikken? Nee/ Ja, sinds leeftijd: _____

Hoe is de zintuiglijke ontwikkeling(zien, horen, voelen)?

Over-/ondergevoelig voor licht/ geluid/ aanraking/ beweging:

Hoe verloopt in het algemeen de spelontwikkeling?

Kan uw kind alleen spelen?

Kan uw kind samen spelen?

Speelt uw kind buiten? Nee/ Ja, en dan speelt het

Speelt uw kind binnen? Nee/ Ja, en dan speelt het

Zit uw kind op een club of een sport? Nee/ Ja, namelijk

Heeft uw kind hobby's? Nee/ Ja, namelijk

Hoe is het contact met andere kinderen? (b.v. op school of bij een club)

Hoe gaat het met de zelfredzaamheid van uw kind?

Kan uw kind goed meekomen met gymnastiek op school? Ja/ Redelijk/ Nee

Kan uw kind goed meekomen op school? Ja/ Redelijk/ Nee
Waar in wel?

Waar in minder?

Waar in niet?

Is uw kind eerder in behandeling geweest om de motorische ontwikkeling te stimuleren?
Nee/ Ja, in verband met:

Welke therapie? _____

Is uw kind onder behandeling/ controle bij een medisch specialist? Of ontvangt het een
andere vorm van zorg? Nee/ Ja, in verband met:

Bij welke specialist: _____

Naam specialist: _____

Naam ziekenhuis: _____

Gebruikt uw kind medicijnen? Nee/ Ja, namelijk

In verband met: _____

Doogemaakte ziektes:

Ziekehuisopnames/operaties:

Heeft uw kind regelmatig last van lichamelijk ongemakken

hoofdpijn

groeipijn

last van de ogen

duizeligheid

misselijkheid

vermoeidheid

oorpijn

niet kunnen slapen

niet goed eten

anders, namelijk _____

geen

Andere aandoeningen (Is uw kind bijvoorbeeld gediagnosticeerd met bijvoorbeeld autisme, syndroom van Down, PDD-Nos of iets anders? Zo ja, waarmee?):

Familiaire aandoeningen:

Heeft u andere vragen of opmerkingen?

Handtekening ouder:

Datum:
