



Praktijk voor
Klassieke Homeopathie
Manon Bruins

Formulier ziektebiografie kind (mail naar: info@manonbruins.nl)

Naam kind	
Geboortedatum	
Telefoonnummer (ouder)	
Straatnaam en huisnummer	
Postcode	
Woonplaats	
E-mail (ouder)	

Welke klachten speelden de afgelopen periode het meest bij uw kind? Noteer er één of twee. Dit mogen ook emotionele klachten of gevoelens zijn. Omcirkel per klacht het cijfer dat het beste past.

Symptoom/klacht 1: _____

1 2 3 4 5 6 (1 = weinig last, 6 = heel veel last)

Symptoom/klacht 2: _____

1 2 3 4 5 6 (1 = weinig last, 6 = heel veel last)

Welke activiteit is belangrijk voor uw kind en lukte de afgelopen periode minder goed door de klachten? Dit kan iets lichamelijks, sociaals of iets waarbij uw kind moet nadenken zijn.

Welke medicijnen en/of voedingssupplementen gebruikt uw kind op dit moment?

Zijn er medische diagnoses bij uw kind vastgesteld? Zo ja, welke?

Familiegeschiedenis

Relatie	In leven / gestorven	Leeftijd	(Chronische) ziekten/klachten	Oorzaak overlijden
Vader				
Vader van vader				
Moeder van vader				
Moeder				
Vader van moeder				
Moeder van moeder				
Broer				
Zus				

Vaker voorkomende ziekten in de familie (betrek hierin ook tantes, ooms, neven en nichten).

Zwangerschap en geboorte

Waren er tijdens de zwangerschap bijzonderheden of problemen?

Heeft moeder tijdens de zwangerschap medicijnen of andere middelen gebruikt (zoals alcohol of drugs)?

Waren er bijzonderheden of problemen rond de bevalling of geboorte?

Heeft uw kind borstvoeding gekregen? Zo ja, hoe lang?

Hoe verliep de ontwikkeling van uw kind (zoals tandenkrijgen, zitten, staan, lopen, praten, zindelijk worden en groei)? Noteer alleen bijzonderheden.

Is uw kind gevaccineerd? Zo ja, waren er reacties of bijwerkingen?

Algemene vragen (streep door wat niet van toepassing is)

Hoe slaapt uw kind?	Goed / onderbroken Slaap positie: rug / linkerzij / rechterzij / buik Wordt uw kind fit wakker? Ja / nee
Heeft uw kind het eerder warm of koud?	Warm / koud
Transpireert uw kind makkelijk, waar en wanneer?	Ja/Nee Waar: hoofd / rug / borst / voeten Wanneer: inspanning / in bed
Hoe is de ontlasting?	Hard/zacht/brijig/diarree/steeds wisselend Hoe vaak heeft u ontlasting? De kleur: lichtbruin / middel / donker / anders
Heeft uw kind vaak dorst of juist niet?	Dorst: Ja/ nee Hoeveel glazen water per dag? Hoeveel koffie Hoeveel alcohol Wat drinkt uw kind verder nog?
Wat zijn de voedingsvoorkeuren?	Zoet / hartig / pittig Brood of warm eten?
Waar houdt uw kind qua voeding absoluut niet van?	
Voedingsallergie	Ja / nee Zo ja, welke?

BEHANDELOVEREENKOMST voor minderjarige kinderen

De behandelovereenkomst wordt ondertekend door de therapeut en door beide ouders (als zij allebei ouderlijk gezag hebben). Is uw kind jonger dan 12 jaar en hebben beide ouders gezag? Dan is toestemming van beide ouders nodig voor het starten van de behandeling en voor elke behandeling/verrichting. Is uw kind tussen de 12 en 16 jaar en wilsbekwaam, dan beslissen de ouders en het kind samen.

Ondergetekenden:

Praktijk voor klassieke homeopathie – Manon Bruins-Maathuis, te Apeldoorn

en (naam ouder(s)/verzorgenden)

_____ uit _____
(vader/moeder/verzorger 1)

_____ uit _____
(vader/moeder/verzorger 2)

gaan akkoord met de homeopathische behandeling van hun kind.

Ondertekening:

Plaats _____ d.d. _____

Therapeut:

Manon Bruins-Maathuis

Cliënt/Kind:

Naam kind

Naam _____

Adres _____

Postcode en plaats _____

Geboortedatum _____