

Naam baby: .....	M/V* .....	Straat: .....
Achternaam: .....	Postcode: .....	.....
Geboortedatum: .....	Woonplaats: .....	.....
Naam moeder: .....	Tel (overdag): .....	.....
Naam vader: .....	Tel (mobiel): .....	.....
Huisarts: .....	E-mail adres: .....	.....
Verwezen door: .....	BSNnr.: .....	.....

## Voorgeschiedenis en huidige klachten

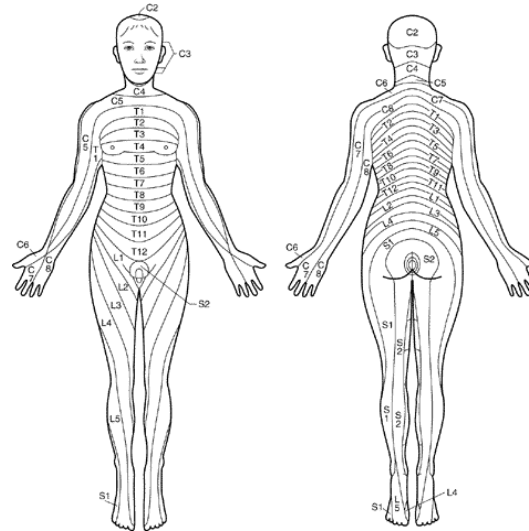
Wat zijn de klachten? .....

Sinds wanneer bestaan deze klachten? Datum: .... / .... / .....

Wat is de oorzaak van de klachten? .....

Heeft de baby dit al eerder gehad? Nee / Ja: .....

Waar bevinden zich de klachten?



Wat verergert de pijn (bijv. aan/uitkleden, luier verschonen, plat liggen)? .....

Wat vermindert de pijn? .....

Is de baby hiervoor al eerder behandeld? Nee / Ja, door: .....

Is de baby hiervoor onder behandeling in het ziekenhuis (geweest)? Nee / Ja: .....

Specialisme: .....

Testen\*: Röntgenfoto / MRI / CT / EMG / Bloed / Urine / .....

Heeft de baby wel eens last van het volgende?\*

oarpijn / slapeeloosheid / vermoeidheid / veel huilen / overstrekken / witgebalde vuistjes / handen naar hoofd L of R / felle schrikreacties / gillen of huilen in slaap / badje niet fijn / veel spugen / vaak spugen / projectielbraken / .....

Heeft de baby het volgende meegemaakt? Hard gevallen / Ongeval / .....

Heeft de baby wel eens iets gebroken? Nee / Ja: .....

Is uw baby ooit buiten bewustzijn geweest? Nee / Ja: .....

Is de baby wel eens geopereerd of in het ziekenhuis opgenomen? Nee / Ja: .....

(\* omcirkel wat van toepassing is en vul zonodig aan)

## Overige aandoeningen familie of baby

---

Heupafwijkingen (bijv. spreidbroek) Nee / Ja: ..... familie / baby

Afwijking aan de luchtwegen (bijv. astma) Nee / Ja: ..... familie / baby

Maag- of darmafwijkingen Nee / Ja: ..... familie / baby

Afwijkingen aan de nieren of urinewegen Nee / Ja: ..... familie / baby

Andere aandoening (omcirkel of specifickeer): Hart- of vaatziekte / Bloedziekte / Allergie / Erfelijke ziekte / Suikerziekte / Kanker / MS / Epilepsie / .....

## Zwangerschap en bevalling

---

Aantal *eerdere* zwangerschappen en *oudere* kinderen (van moeder)? ..... zwangerschappen ..... kinderen

Hoe verliep de zwangerschap?\* Probleemloos / lichamelijk letsel / trauma / bloedingen / vroegtijdige contracties / ziekenhuisopname / infectie / diabetes / schildklier-aandoening / allergische reactie / rugpijn / bekkenproblemen / anders: .....

Zwangerschapsbegeleiding door: Verloskundige / Gynaecoloog / Anders: .....

Start van de bevalling\*: Op tijd / Prematuur / Te laat: .....

Verloop van de bevalling\*: Geen bijzonderheden / moeilijk / snel / lang / stressvol / tangverlossing / vacuümpomp / keizersnee / meconium in vruchtwater / navelstreng om de nek / anders: .....

Plaats van bevalling\*: Thuis / ziekenhuis / kraamkliniek / elders: .....

Ligging van de baby\*: Normaal / stuit / aangezichtsligging / anders: .....

Duur ontsluitings-en persweeën\*: ..... uur ontsluitingsweeën ..... minuten persweeën

Apgar-score bij geboorte: .....

Afmetingen bij geboorte: ..... cm lengte ..... kg gewicht ..... cm schedel

Huidige afmetingen: ..... cm lengte ..... kg gewicht ..... cm schedel

## Voeding

---

Heeft u borstvoeding gegeven?\*: Ja, ..... weken / Nee, want: .....

Geeft u flesvoeding?\*: Nee / Ja, voedingsmerk: .....

Is er van merk gewisseld?\*: Nee / Ja, op aanraden van: .....

Hoe drinkt de baby?\*:  
Drinken: goed / matig / slecht: .....  
Zuigen: goed / matig / slecht: .....  
Spugen: niet / weinig / vaak: .....

Toestemming vader / moeder / voogd\* voor het uitvoeren van onderzoek: .....  
(handtekening)