

Intake vragenlijst ouders

Beste ouders,

Recent heb je ons gecontacteerd voor een onderzoek bij je kind. In functie daarvan vragen wij je om deze vragenlijst in te vullen. Het is voor ons belangrijk om een volledig beeld te krijgen van je kind (voorgeschiedenis, ontwikkeling van taal en motoriek, enz.). De gegevens uit de vragenlijst zullen in vertrouwen behandeld worden; elk teamlid van het COS-Gent heeft immers beroepsgeheim.

Wat wordt van jou verwacht?

1. Soms moet je antwoorden door een kruisje te plaatsen vóór het juiste antwoord.

Voorbeeld: Hilde je kind onmiddellijk na de geboorte?

- Ja
 Neen

Soms is het mogelijk dat meerdere antwoorden op een vraag gegeven kunnen worden. In dat geval kruis je alle mogelijkheden aan die bij je kind passen.

2. Soms moet je zelf het antwoord invullen (waar strepen staan).

Voorbeeld: Wie heeft je naar het COS verwezen?

Mogen wij je vragen om deze vragenlijst zo volledig mogelijk in te vullen en terug te sturen naar van het secretariaat van het COS Gent. Je zal dan opgebeld worden om een afspraak te maken voor een gesprek met een maatschappelijk assistent.

Tijdens dit gesprek heb je uiteraard de mogelijkheid om bepaalde zaken uit de vragenlijst te verduidelijken of verder toe te lichten.

De lijst is bedoeld voor kinderen van 2j.6m. – 12 jaar. Gezien het leeftijdsbereik is het mogelijk dat er vragen gesteld worden die nog niet (of niet meer) van toepassing zijn op je kind. Je hoeft je daarover dus niet ongerust te maken.

Indien er problemen zijn bij het invullen van deze lijst kan je terecht bij Lieve Croux of Petra Van der Stock van de sociale dienst van het COS. Je kan hen bereiken via het secretariaat van het COS Gent: 09/332 57 44.

Alvast bedankt voor de moeite!

IDENTIFICATIEGEGEVENS

Kleefbriefje mutualiteit

Naam van je kind:

Voornaam van je kind:

Geboortedatum: Geslacht: m/v

Geboorteplaats (en –land):

Nationaliteit:

Rijksregisternummer:

DOMICILIEADRES

Straat: nr.:

Postnummer: Gemeente:

Eigen telefoonnummer: Eigen GSM-nummer(s):

Telefoon werk vader: Telefoon werk moeder:

E-mailadres:

Andere telefoonnummers (b.v. grootouders, ...): (bij:
.....)

BIJ ECHTSCHIEDING: ADRES VAN DE ANDERE OUDER

Straat: nr.:

Postnummer: Gemeente:

Telefoonnummer: GSM.:

E-mailadres:

VERBLIJFADRES (enkel in te vullen indien het kind niet bij (één van de) ouders woont):

Naam (pleeggezin, instelling):

Straat: nr.:

Postnummer: Gemeente:

Telefoonnummer: Contactpersoon:

E-mailadres:

Het kind verblijft hier sinds:

GEZINSSAMENSTELLING

LEEFSITUATIE <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Kerngesin (vader en moeder)<input type="checkbox"/> Één-oudergesin – woont bij vader<input type="checkbox"/> Één-oudergesin – woont bij moeder<input type="checkbox"/> Nieuw samengesteld gesin<input type="checkbox"/> Inwonend bij grootouder(s)<input type="checkbox"/> Adoptiegesin sedert:<input type="checkbox"/> Pleeggesin sedert:<input type="checkbox"/> Instelling:<input type="checkbox"/> Andere:	Oorzaak één-oudergesin: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Bewust alleenstaande ouder<input type="checkbox"/> (echt)scheiding: sinds wanneer?<input type="checkbox"/> Overlijden partner: sinds wanneer? Nieuw samengesteld gesin: <p>Sinds wanneer?</p>
---	--

Biologische VADER <p>Naam vader:</p> <p>Geboortedatum: geboorteplaats:</p> <p>Nationaliteit:</p> <p>Hoogst behaalde diploma:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Lager onderwijs<input type="checkbox"/> Buitengewoon lager onderwijs (BLO) type:<input type="checkbox"/> Algemeen secundair onderwijs<input type="checkbox"/> Technisch secundair onderwijs<input type="checkbox"/> Beroeps secundair onderwijs<input type="checkbox"/> Buitengewoon secundair onderwijs type: opleidingsvorm:<input type="checkbox"/> Hogere niet-universitaire studies<input type="checkbox"/> Universitaire studies<input type="checkbox"/> Andere: <p>Huidig beroep:</p>

Biologische MOEDER <p>Naam moeder:</p> <p>Geboortedatum: geboorteplaats:</p> <p>Nationaliteit:</p> <p>Hoogst behaalde diploma:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Lager onderwijs<input type="checkbox"/> Buitengewoon lager onderwijs (BLO) type:<input type="checkbox"/> Algemeen secundair onderwijs<input type="checkbox"/> Technisch secundair onderwijs<input type="checkbox"/> Beroeps secundair onderwijs<input type="checkbox"/> Buitengewoon secundair onderwijs type: opleidingsvorm:<input type="checkbox"/> Hogere niet-universitaire studies<input type="checkbox"/> Universitaire studies<input type="checkbox"/> Andere: <p>Huidig beroep:</p>

VERBLIJF OVERDAG

Waar verbleef je kind voor het naar school ging?

Had men daar opmerkingen/zorgen m.b.t. de ontwikkeling van je kind ? Zo ja, welke?

.....
.....

Waar verblijft je kind nu overdag?

- Thuis
- Kinderopvang/crèche
- Onthaalmoeder
- School
- Elders:

Heeft men hier opmerkingen/zorgen m.b.t. de ontwikkeling van je kind? Zo ja, welke?

.....
.....

SCHOOL

Naam van de school:

Adres:

Telefoonnummer:

Klas: Naam van de leerkracht:

Adres en telefoonnummer begeleidend CLB: ...

Naam begeleider CLB:

Vanaf welke leeftijd ging je kind voor het eerst naar school?

Gaat je kind graag naar school?

- Ja
- Neen – waarom niet?

.....

Heeft de leerkracht bepaalde opmerkingen?

.....
.....
.....

Heeft je kind problemen met:

lezen:

rekenen:

spelling:

schrijven :

.....

ZWANGERSCHAP

Werd moeder spontaan zwanger?

- Ja
- Nee – Leg uit:
-
-
-

Hoe was de gezondheidstoestand van moeder tijdens de zwangerschap?

- Goed
- Niet goed – Leg uit :
-
-
-

Waren er andere problemen of verwickelingen tijdens de zwangerschap?

- Neen
- Ja
- Welke?
-
-

Duid aan indien tijdens de zwangerschap één of meerdere van volgende factoren aanwezig waren:

- Medicatiegebruik
- Welke medicatie?
-
- Om welke reden?
-

- Voedingstekort bij moeder voor/tijdens zwangerschap
- Roken
- Regelmatig alcoholgebruik
- Druggebruik
- Geweld
- Blootstelling aan straling
- Andere – Welke?
-

GEBOORTE

Is je kind geboren: te vroeg Hoeveel weken te vroeg?
 op tijd
 te laat

Hoe verliep de geboorte? Duid hieronder aan:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Geboorte verliep normaal | <input type="checkbox"/> Navelstreng zat rond hals van kindje |
| <input type="checkbox"/> Bevalling werd ingeleid | <input type="checkbox"/> Vruchtwater (meconium) was verkleurd |
| <input type="checkbox"/> Epidurale verdoving | <input type="checkbox"/> Baby huilde niet onmiddellijk. |
| <input type="checkbox"/> Geplande keizersnede | <input type="checkbox"/> Baby had langdurig een blauwe kleur |
| <input type="checkbox"/> Ongeplande keizersnede | <input type="checkbox"/> Zuurstofgebrek bij de geboorte |
| <input type="checkbox"/> Volledige narcose | <input type="checkbox"/> Baby moest in couveuse |
| <input type="checkbox"/> Tangverlossing | <input type="checkbox"/> Baby was geel en heeft onder lamp gelegen. |
| <input type="checkbox"/> Zuignap | <input type="checkbox"/> Stuipen |
| <input type="checkbox"/> Stuitligging | <input type="checkbox"/> Anders: leg uit:
..... |

Wat was:

- Het geboortegewicht?
- De lengte?
- De schedelomtrek?
- De APGAR-score na 1 minuut?
- De APGAR-score na 5 minuten?

Heb je opmerkingen i.v.m. de geboorte van je kind?

.....
.....
.....

VOEDING

Kreeg je kind:

- Flesvoeding
- Borstvoeding
- Sondevoeding

Verliep de voeding:

- Normaal
- Problematisch:
 - o zuigproblemen:
 - o slikproblemen:
 - o problemen met overgang naar flesvoeding:
 - o problemen met overgang naar vaste voeding:

Hoe ervoer je je kind als baby?

.....
.....

MEDISCHE VOORGESCHIEDENIS

Heeft je kind een ziekte, syndroom ...?

- Neen
- Ja: Leg uit:
-

Heeft je kind ernstige ongevallen gehad?

- Neen
- Ja:
 - Welke ongevallen?
 - Wanneer?

Ziet je kind goed?

- Ja
- Neen – wat is het probleem?

Draagt je kind een bril? Zo ja, sedert wanneer ?

.....

Hoort je kind goed?

- Ja
- Neen – wat is het probleem?

Heeft je kind problemen met eten en/of drinken

- Neen
- Ja – wat is het probleem?

Zijn er problemen bij het slapen?

- Neen
- Ja – wat is het probleem?

FAMILIALE GEGEVENS

Zijn er in de familie personen met een handicap of ziekte?

- Neen
- Ja - Relatie van die persoon tot je kind:
-
-

Welke handicap of ziekte?

.....

.....

.....

.....

ZELFREDZAAMHEID

ETEN EN DRINKEN

Kan je kind dit zelfstandig/met hulp?

Leg uit:

.....
.....
.....
.....

AAN- EN UITKLEDEN

Kan je kind dit zelfstandig/met hulp?

Leg uit:

.....
.....
.....
.....

ZINDELJKHEID

Is je kind zindelijk:

- Overdag:

- Nee
- Ja: sinds welke leeftijd?

- 's nachts:

- Nee
- Ja: sinds welke leeftijd?

MOTORIEK

Enkel voor de jongste kinderen:

Wanneer kon je kindje het hoofd oprichten?

- Op de leeftijd van
- Ik weet dit niet meer, maar denk dat het normaal was.
- Ik weet dit niet meer, maar denk dat het vrij laat was.

Wanneer kon je kind zitten zonder steun?

- Jonger dan 7 maanden.
- Tussen 7 en 10 maanden.
- Ouder dan 10 maanden - hoe oud?
- Ik weet dit niet meer, maar denk dat het normaal was.
- Ik weet dit niet meer, maar denk dat het vrij laat was.

Op welke leeftijd kon je kind vlot kruipen?

- Vlot kruipen op maanden.
- Ik weet dit niet meer, maar denk dat het normaal was.
- Ik weet dit niet meer, maar denk dat het vrij laat was.

Ook voor de oudere kinderen:

Op welke leeftijd kon je kind alleen lopen?

- Alleen lopen op maanden.
- Ik weet dit niet meer, maar denk dat het normaal was.
- Ik weet dit niet meer, maar denk dat het vrij laat was.

Kan je kind gebruiken maken van:

- Een loopfiets
- Een driewieler
- Een fiets met steunwielen
- Een fiets

Maakt je kind eigenaardige motorische bewegingen (vaak op de tenen lopen, fladderen met de handen, zich opspannen, tics, ...)? Leg uit:

.....

.....

.....

Heeft je kind nog problemen met het uitvoeren van grofmotorische activiteiten: lopen, een trap op- en afgaan, springen, fietsen, turnen, ...?

- Neen
- Ja – wat zijn de problemen?

Beoefent je kind sport?

- Neen
- Ja - ervaart je kind hierbij problemen?

Heeft je kind problemen met het uitvoeren van fijnmotorische activiteiten, zoals knopen vastmaken, knippen, schrijven (of andere activiteit)?

- Neen
- Ja – wat zijn de problemen?

Je kind is:

- Overwegend rechtshandig.
- Overwegend linkshandig.
- Het gebruikt bijna evenveel de rechter- als de linkerhand.

SPRAAK EN TAAL

Op welke leeftijd sprak je kind de eerste woordjes (bijvoorbeeld mama en papa)?

- Tussen 1 en 2 jaar
- Na 2 jaar

Sprak je kind verstaanbaar op het moment dat het startte in de kleuterschool ?

- Ja
- Neen

Is je kind goed verstaanbaar?

- Neen
- Ja, maar enkel voor gezinsleden
- Ja voor iedereen

Vertoont je kind andere problemen bij het spreken?

- Neen
- Ja – wat zijn de problemen?
-
-

Moeder praat met het kind:

- Algemeen Nederlands
- Dialect
- Andere taal – Welke?

Vader praat met het kind:

- Algemeen Nederlands
- Dialect
- Andere taal – Welke?

SPELONTWIKKELING

Waarmee speelt je kind?

.....

.....

Speelt je kind liefst alleen of met anderen?

.....

.....

Bouwt je kind met blokken? Met welke blokken? Wat bouwt je kind?

.....

.....

Heeft je kind fantasie in het spel?

.....

.....

GEDRAG EN SOCIAAL-EMOTIONELE ONTWIKKELING

Thuis

Hoe zou je je kind typeren?

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gemakkelijk | <input type="checkbox"/> Uitdagend |
| <input type="checkbox"/> Koppig | <input type="checkbox"/> Doorzetter |
| <input type="checkbox"/> Lastig | <input type="checkbox"/> Agressief |
| <input type="checkbox"/> Eigenzinnig | <input type="checkbox"/> Stil |
| <input type="checkbox"/> Verlegen | <input type="checkbox"/> Druk |
| <input type="checkbox"/> Bang | <input type="checkbox"/> Zenuwachtig |
| <input type="checkbox"/> Liegt veel | <input type="checkbox"/> Rustig |
| <input type="checkbox"/> Knuffelaar | <input type="checkbox"/> Lief |
| <input type="checkbox"/> Clownesk | <input type="checkbox"/> |

Eten

- Goed
- Problemen – welke?

Slapen

- Goed
- Problemen – welke?

GEDRAG

Hoe is het gedrag van je kind?

t.o.v. broers of zussen:

t.o.v. moeder:

t.o.v. vader:

bij familie, vrienden, vreemden:

t.o.v. andere kinderen:

op school / in de crèche:

Heeft je kind vriendjes?

- Geen
- Enkele
- Veel

Verdedigt het zich?

- Wel
- Niet

Hoe komt je kind over elders?

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gemakkelijk | <input type="checkbox"/> Uitdagend |
| <input type="checkbox"/> Koppig | <input type="checkbox"/> Doorzetter |
| <input type="checkbox"/> Lastig | <input type="checkbox"/> Agressief |
| <input type="checkbox"/> Eigenzinnig | <input type="checkbox"/> Stil |
| <input type="checkbox"/> Verlegen | <input type="checkbox"/> Druk |
| <input type="checkbox"/> Bang | <input type="checkbox"/> Zenuwachtig |
| <input type="checkbox"/> Liegt veel | <input type="checkbox"/> Rustig |
| <input type="checkbox"/> Knuffelaar | <input type="checkbox"/> Lief |
| <input type="checkbox"/> Clownesk | <input type="checkbox"/> |

PROBLEEMOMSCHRIJVING

Wie heeft je kind naar ons centrum verwezen?

Naam:

Adres:

Telefoonnummer:

Waarom?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Werd je kind vroeger reeds behandeld voor dit probleem?

Door wie?

Wanneer?

.....

Bevindingen?

.....

Indien je kind momenteel nog ergens in behandeling is:

Bij wie?

Om welke reden?

.....

Wie is je huisarts?

.....

Wie is je kinderarts?

.....

Eventueel andere behandelende arts(en), klinieken, centra:

.....

.....

.....

VLAAMS AGENTSCHAP

Is je kind gekend bij het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH)?

Neen

Ja – reden aanvraag:

VAPH nummer:

Multidisciplinair team dat het verslag voor het VAPH opmaakte?

Was er goedkeuring?

Neen

Ja – datum goedkeuring:

BIJKOMENDE KINDERBIJSLAG

Is er bijkomende kinderbijslag aangevraagd voor je kind?

Neen

Ja – was er goedkeuring? - nee

- ja – datum goedkeuring:

INFORMATIE VAN DERDEN OPVRAGEN

Indien je kind reeds elders onderzocht werd of opgevolgd wordt, dan is het voor ons centrum belangrijk dat we beroep kunnen doen op de bevindingen van deze hulpverleners. We willen dan ook vragen ons deze verslagen te bezorgen.

Indien het toch nodig zou zijn, dat ons centrum contact opneemt met andere dienstverleners waar jouw kind wordt/werd opgevolgd, vragen wij uw toestemming.

Ondergetekende geeft hierbij de toelating dat het COS-Gent andere dienstverleners van het aangemelde kind mag contacteren in functie van de onderzoeken uitgevoerd door het COS-Gent of de MDT-werking ⁽¹⁾.

JA* NEEN

*deze toestemming kan ten allen tijde ingetrokken worden

Naam: Functie:
Straat:
Postnummer: Gemeente:
Email: Tel:

Naam: Functie:
Straat:
Postnummer: Gemeente:
E-mail: Tel:

Naam: Functie:
Straat:
Postnummer: Gemeente:
E-mail: Tel:

- (1) Het COS-Gent is tevens een Multidisciplinair Team (MDT) binnen Integrale Jeugdhulp. Als MDT helpt het COS-Gent ouders, indien nodig, bij een aanvraag naar ondersteuning in de zorg van hun kind of bij een aanvraag naar een Persoonlijk Assistentie Budget.

PRIVACYREGLEMENT

COS-Gent zal alle persoonsgegevens over u en uw kind vertrouwelijk behandelen in overeenstemming met de Algemene Verordening Gegevensbescherming en de overige toepasselijke privacyregelgeving.

Voor meer informatie over hoe wij deze persoonsgegevens verwerken, aan wie wij deze gegevens (mogen) overmaken en wat uw privacyrechten zijn, kan u contact opnemen met Ilse Libijn – ilselibijn.cosgent@uzgent.be

Indien je belangrijke informatie hebt die niet aan bod kwam in deze vragenlijst, kan je die hier nog vermelden:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Deze vragenlijst werd ingevuld door: (naam)

(moeder - vader -))

Datum:

Handtekening: