



**Datum** .....

**Naam** .....  
**kind(eren)**

**Geboortedatum** .....

**Adres** .....

**Telefoon** .....

**Naam en adres behandelaar(s) zoals huisarts, kinderarts, dermatoloog/allergoloog:**

- **huisarts** .....

- **kinderarts** .....

- **dermatoloog/allergoloog** .....

1. Komen er in de familie (ouders / grootouders / broertje / zusje / kinderen)

Klachten voor zoals: astma, bronchitis, emfyseem, hooikoorts, dauwworm, eczeem,  
(voedsel)allergieën?

ja zoals, .....

nee

2. Wat zijn de belangrijkste klachten?

jeuk  luchtwegklachten  belemmeringen in het dagelijks leven

droge / natte huid  pijn  overige:  
.....

ontstoken huid  slecht slapen

3. Lokalisatie klachten

hoofd

gezicht

elleboog

knieholten

Aanwezigheid klachten

continu/hele dag

dagelijks klachten

bijna dagelijks (2 – 5x p/w)

periodieke klachten, vooral  
.....

elders

4. Wanneer nemen de klachten toe?

Op welk tijdstip

's morgens

's avonds

's nachts

overdag

bij inspanning zoals

Jaargetijde

voorjaar

zomer

najaar

winter

hele jaar door

5. Heeft u de indruk dat er sprake is van een allergie?

ja

nee

Zo ja: waarom?

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

Is er een allergietest gedaan?

ja, nl.

RAST

nee

Phadiatop

huidtest

Datum allergietest

.....

Waarvoor allergisch?

.....

6. Wordt er gerookt?

nee

ja:

buiten

in huis

Zo ja door wie?

een / beide ouders / mezelf

familie / kennissen / anderen, nl.

.....

7. De klachten nemen toe na

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> douchen / baden                 | <input type="checkbox"/> vaccinaties        |
| <input type="checkbox"/> zwemmen                         | <input type="checkbox"/> tanden krijgen     |
| <input type="checkbox"/> emoties / spanning / opwindning | <input type="checkbox"/> weersveranderingen |
| <input type="checkbox"/> sporten                         | <input type="checkbox"/> .....              |

8. Heeft u medicijnen?  ja  nee

zo ja; welke medicijnen, hoe vaak (ook vermelden indien medicijnen zonodig gebruikt worden):

.....  
.....

9. Zijn er huisdieren in huis:  ja  nee  
(bijv. vogel / hamster / kat / hond)?

Zijn er dieren buiten of in de  ja  nee  
directe omgeving  
(paarden / kippen / volière /  
koeien / schapen / geiten /  
duiven / hondenhok)?

10. Wat doet u in eerste instantie bij klachten?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> kind rustig maken en laten ontspannen | <input type="checkbox"/> zelf rustig blijven |
| <input type="checkbox"/> medicijnen geven                      | <input type="checkbox"/> oorzaak weghalen    |

11. Hoe voelt u zich bij klachten (van uw kind)?

- machteloos     kwaad     rustig     schuldig     bang

12. Wat doet u om de klachten (van uw kind) te voorkomen?

- actiever hormoonzalf smeren
- actiever neutrale zalf smeren
- minder douchen
- anders eten
- niet mee laten doen met gym / inspanning vermijden

13. Krijgt u voldoende steun opvang of is er begrip voor uw situatie van

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> uw gezin             | <input type="checkbox"/> school / crèche / leerkrachten |
| <input type="checkbox"/> familie              | <input type="checkbox"/> andere ouders                  |
| <input type="checkbox"/> vrienden / kennissen |   |

14. Krijgt u wel eens ongevraagde adviezen? Hoe gaat u daarmee om?

ik voer ze uit

ik negeer ze

.....

**Neemt u altijd alle zalven / medicatie mee naar het spreekuur van de verpleegkundige.**