

Gezondheidsonderzoek groep 7
Vragenlijst voor ouders/verzorgers



Hoe gaat het met uw kind? Deze vragenlijst wordt gebruikt bij het gezondheids-
onderzoek van uw kind dat binnenkort op school plaatsvindt. We horen graag van u of
er aandachtspunten zijn waar wij rekening mee moeten houden bij het onderzoek.

Mijn kind heet: _____ Jongen Meisje

Geboortedatum: _____

Telefoonnummer thuis: _____ Mobiel: _____

E-mail: _____

Naam school: _____ Locatie: _____

Groep: _____ Leerkracht: _____

Onze huisarts is: _____

Vragenlijst ingevuld door: Moeder Vader Anders, nl. _____ op (datum) _____

Omschrijf uw kind in enkele woorden:

Zijn er meer kinderen in het gezin?

Nee Ja, namelijk:

	Voornaam	Achternaam	J/M	Geboortedatum
1	_____	_____	_____	_____
2	_____	_____	_____	_____
3	_____	_____	_____	_____
4	_____	_____	_____	_____

Mijn kind woont de meeste dagen:

- Bij vader en moeder
- Bij moeder en haar partner
- Bij vader en zijn partner
- Afwisselend bij vader en bij moeder (co-ouders)
- Alleen bij moeder
- Alleen bij vader
- Anders (bijv. pleegouders, andere familie, internaat), namelijk: _____

Heeft uw gezin het afgelopen jaar te maken gehad met grote veranderingen?

- Nee Ja, namelijk:
 - Gezinsamenstelling (geboorte, overlijden, adoptie, stiefkinderen)
 - Verhuizing
 - Overlijden familielid of vriend
 - Ziekte of ziekenhuisopname
 - Scheiding of nieuwe partner
 - Anders, namelijk: _____

Zo ja, denkt u dat uw kind het daar moeilijk mee heeft?

Nee Ja, omdat: _____

Ontwikkeling en gezondheid

Hoe gaat het met uw kind? Omcirkel de smiley die het meest van toepassing is.

Zit lekker in z'n vel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gezondheid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zien en horen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Slapen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bewegen of sport	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(Buiten)spelen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Plassen/poeppen (dag en nacht)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maakt contact met anderen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Heeft u hier vragen of zorgen over?

Bezoekt uw kind een arts of behandelaar? Zo ja, wie en waarvoor?

Nee

Ja, namelijk:

Naam behandelaar

Waarvoor

Huisarts/specialist

Fysiotherapeut

Diëtist

Alternatief genezer

Opvoedbureau/pedagoog

Psycholoog

Jeugdhulp

Anders, namelijk:

Gebruikt uw kind medicijnen?

Nee

Ja, nl.:

Heeft uw kind op 9-jarige leeftijd 2 vaccinaties (DTP en BMR) gehad?

Nee

Ja

Zo niet, wilt u dit toelichten?

Gaat uw kind voor controle naar de tandarts?

Nooit

1x per jaar

2x per jaar

Is uw kind 's morgens goed uitgerust?

Nee

Ja

Mijn kind heeft zwemdiploma

A

B

C

Hoe lang zit uw kind gemiddeld per dag achter een beeldscherm (tablet, (spel)computer, tv of smartphone)?

Minder dan 1 uur

1 tot 2 uur

2 tot 3 uur

Meer dan 3 uur

Uit landelijk onderzoek van het Trimbos-instituut blijkt dat experimenteren met roken en alcohol veelal op jeugdige leeftijd begint. Heeft u de indruk dat uw kind hier mee bezig is?

Nee

Ja

Heeft u vragen over de seksuele ontwikkeling van uw kind?

Nee

Ja

De volgende vragen hebben betrekking op het gedrag van uw kind in de laatste 6 maanden. Vul alle vragen zo goed mogelijk in, ook als u niet helemaal zeker bent of als u de vraag raar vindt. Er is geen goed of fout antwoord.

Mijn kind...	Niet waar	Een beetje waar	Zeker waar
1 Houdt rekening met gevoelens van anderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Is rusteloos, overactief, kan niet lang stil zitten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Klaagt vaak over hoofdpijn, buikpijn of misselijkheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Deelt makkelijk met andere kinderen (bijvoorbeeld speelgoed, snoep, potloden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Heeft vaak driftbuien of woede-uitbarstingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Is nogal op zichzelf, neigt er toe alleen te spelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Is doorgaans gehoorzaam, doet gewoonlijk wat volwassenen vragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Heeft veel zorgen, lijkt vaak over dingen in te zitten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Is behulpzaam als iemand zich heeft bezeerd, van streek is of zich ziek voelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Is constant aan het wiebelen of friemelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Heeft minstens één goede vriend of vriendin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Vecht vaak met andere kinderen of pest ze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Is vaak ongelukkig, in de put of in tranen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Wordt over het algemeen aardig gevonden door andere kinderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Is gemakkelijk afgeleid, heeft moeite om zich te concentreren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Is zenuwachtig of zich vastklampend in nieuwe situaties, verliest makkelijk zelfvertrouwen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Is aardig tegen jonge kinderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Liegt of bedriegt vaak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 Wordt getreiterd of gepest door andere kinderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 Biedt vaak vrijwillig hulp aan anderen (ouders, leerkrachten, andere kinderen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 Denkt na voor iets te doen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 Pikt dingen thuis, op school of op andere plaatsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 Kan beter opschieten met volwassenen dan met andere kinderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 Is voor heel veel bang, is snel angstig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 Maakt opdrachten af, kan de aandacht goed vasthouden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Denkt u over het geheel genomen dat uw kind moeilijkheden heeft op één van de volgende gebieden: emoties, concentratie, gedrag of vermogen om met andere mensen op te schieten?

Nee → Ga naar de volgende pagina.

Ja, kleine moeilijkheden

Ja, duidelijke moeilijkheden

Ja, ernstige moeilijkheden

Als u 'ja' heeft geantwoord, wilt u dan alstublieft de volgende vragen over deze moeilijkheden beantwoorden?

Hoe lang bestaan deze moeilijkheden?

korter dan een maand

1 - 5 maanden

6 - 12 maanden

Meer dan een jaar

	Helemaal niet	Een beetje maar	Tamelijk	Heel erg
Maken de moeilijkheden uw kind overstuur of van slag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Belemmeren de moeilijkheden het dagelijks leven van uw kind op de volgende gebieden?				
Thuis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vriendschappen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leren in de klas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Activiteiten in de vrije tijd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Belasten de moeilijkheden u of het gezin als geheel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Opvoeding

Hoe gaat het met u als moeder of vader? *Omcirkel de smiley die het meest van toepassing is.*

Het lukt me om basiszorg te geven
(zoals veiligheid, aandacht, voeding,
kleding, hygiëne, medische zorg)



Ik kan goed met het gedrag van mijn
kind omgaan



Het lukt me om mijn kind positief op
te voeden



Ik geniet van het ouderschap



Ik voel me zeker als ouder



Ik voel me gesteund in de opvoeding
door mijn (ex-)partner



Heeft u hier vragen of zorgen over?

Omgeving

Hoe beoordeelt u uw omgeving? *Omcirkel de smiley die het meest van toepassing is.*

Mijn gezin krijgt voldoende steun (van
familie, vrienden, burens, professionals)



Heeft u hier vragen of zorgen over?

Heeft u genoeg geld voor:
eten, zwemles, sport, schoenen,
kleding en de dokter?

Ja, altijd

Soms wel, soms niet

Nee, (bijna) nooit

Krijgt uw gezin een uitkering?

Nee

Ja, korter dan 3 jaar

Ja, langer dan 3 jaar

Wordt er gerookt waar uw kind bij is?

Nee

Ja

Zijn er problemen met psychiatrie of verslaving in het gezin?

Nee

Ja

Heeft u een aanwijzing dat uw kind een negatieve ervaring
heeft (gehad) op seksueel gebied?

Nee

Ja

Heeft u aanvullende opmerkingen of aandachtspunten waar wij rekening mee moeten houden?

Dan kunt u die hier noteren:

Bedankt voor het invullen!