



Hoe gaat het met uw kind? Op deze vragenlijst kunt u aangeven wat goed gaat en waar u vragen of zorgen over heeft. **Wilt u deze vragenlijst invullen en opsturen?**

Naam van uw kind: _____ Geboortedatum: _____ J M

Telefoonnummer thuis: _____ Mobiel: _____

E-mail: _____

Naam school: _____ Locatie: _____

Klas: _____ Mentor: _____

Huisarts: _____

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

Omschrijf uw kind in enkele woorden: _____

Mijn kind woont de meeste dagen:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bij vader en moeder | <input type="checkbox"/> Alleen bij moeder |
| <input type="checkbox"/> Bij moeder en haar partner | <input type="checkbox"/> Alleen bij vader |
| <input type="checkbox"/> Bij vader en zijn partner | <input type="checkbox"/> Anders (bijv. pleegouders, familie, gezinshuis),
namelijk: _____ |
| <input type="checkbox"/> Afwisselend bij vader en bij moeder (co-ouders) | |

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

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> Ja, namelijk: | <input type="checkbox"/> Ziekte of ziekenhuisopname |
| <input type="checkbox"/> Gezinsaanstelling (geboorte, overlijden, stiefkinderen) | <input type="checkbox"/> Scheiding of nieuwe partner | <input type="checkbox"/> Anders, namelijk: _____ |
| <input type="checkbox"/> Verhuizing | | |
| <input type="checkbox"/> Overlijden familielid of vriend | | |

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"/> |
| Lichaamshouding | <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"/> |
| Social media/gamen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Leren/huiswerk | <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?

Zijn er op dit moment klachten of aandachtspunten?

Bijvoorbeeld: vaak ruzie, gezondheid (hoesten, buikpijn, hoofdpijn), moe, pesten, geen zin in school, spijbelen.

Nee Ja, nl.: _____

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

<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, namelijk:	Naam behandelaar	Waarvoor
<input type="checkbox"/> Huisarts/Specialist	_____	_____
<input type="checkbox"/> Fysiotherapeut	_____	_____
<input type="checkbox"/> Diëtist	_____	_____
<input type="checkbox"/> Alternatief genezer	_____	_____
<input type="checkbox"/> (School)maatschappelijkwerk	_____	_____
<input type="checkbox"/> Psycholoog/Jeugdhulp	_____	_____
<input type="checkbox"/> Anders, namelijk:	_____	_____

Gebruikt uw kind medicijnen?

Nee Ja, nl.: _____

Heeft uw dochter op 12-jarige leeftijd de 2 HPV-vaccinaties 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

Gebruikt uw kind verslavende middelen?

Ja, namelijk: Sigaretten Cannabis Lachgas anders, nl.: _____
 Nee
 Weet ik niet

Zo ja, heeft u hier vragen of zorgen over? _____

In de puberteit gaat seksualiteit een rol spelen. Is uw dochter/zoon hier op voorbereid? Nee Ja

Opvoeding

Hoe gaat het met u als ouder?

Het lukt me om basiszorg te geven (zoals aandacht, voeding, medische zorg)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik kan goed met het gedrag van mijn kind omgaan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Het lukt me om mijn kind positief op te voeden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik geniet van het ouderschap	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik voel me zeker als ouder	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ik voel me gesteund in de opvoeding door mijn (ex-)partner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Heeft u hier vragen of zorgen over?

Omgeving

Hoe beoordeelt u uw omgeving?

Mijn gezin krijgt voldoende steun (van familie, vrienden, buren, 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?
