Vragenlijst bij het contactmoment van het CLB: 3-4 jarigen

## Algemene gegevens

**Mijn kind**

Naam en voornaam:

Geboortedatum: jongen / meisje

Adres:

Eventueel tweede adres:

Geboorteplaats (land van herkomst):

Taal die je thuis dagelijks spreekt met je kind:

Andere talen die je kind regelmatig hoort/gebruikt:

School: Klas:

Naam en tel. van de huisarts:

**Het gezin**

Zijn er in het gezin belangrijke gegevens of gebeurtenissen waar wij best rekening mee houden? (vb. geboorte, echtscheiding, ziekte, overlijden, eenoudergezin, nieuwe gezinssamenstelling, adoptie, pleegkind, uithuisplaatsing, co-ouderschap)

JA NEEN Zo ja, welke?

**Contactgegevens van moeder / vader / meeouder /…**

* Naam en voornaam:

Voor je kind is dit: moeder / vader / meeouder / andere

Tel. of gsm:

E-mailadres (indien gewenst):

* Naam en voornaam:

Voor je kind is dit: moeder / vader / meeouder / andere

Tel. of gsm:

E-mailadres (indien gewenst):

### Lengte van de ouders:

Wij willen de groei en ontwikkeling van je kind opvolgen. Lengte en gewicht zijn erfelijk bepaald. Daarom vragen wij volgende gegevens:

Lengte biologische vader: ………………. cm / Weet ik niet

Lengte biologische moeder: ………….. cm / Weet ik niet

## Medische gegevens

### Komt het volgende voor in de familie?

We vragen dit omdat sommige dingen erfelijk zijn of meer voorkomen in bepaalde families.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ▶ | een lui oog | JA NEEN |
| ▶ | scheel zien | JA NEEN |
| ▶ | een erfelijke ziekte?  Zo ja, welke? | JA NEEN |
| ▶ | een handicap?  Zo ja, welke? | JA NEEN |
| ▶ | een andere ernstige aandoening  Zo ja, welke? | JA NEEN |

### Zwangerschap en geboorte:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ▶ | Waren er problemen tijdens de zwangerschap? (vb. bloedverlies, verplichte rust, hoge bloeddruk, een ongeval of een andere ernstige ziekte)  Zo ja, welke? | JA NEEN |
| ▶ | Gegevens bij de geboorte: *(Deze gegevens kan je vinden in het boekje van Kind & Gezin.)*  gewicht: ………….. kg lengte: ………….. cm hoofdomtrek: ………….. cm  Apgar-score (indien gekend) ………….. | |
| ▶ | Had je kind bijzondere zorgen nodig na de geboorte? (vb. zuurstoftoediening, transfusie, opname in een dienst voor pasgeborenen)  Zo ja, welke? | JA NEEN |
| ▶ | Heeft je kind aangeboren letsels of afwijkingen?  Zo ja, welke? | JA NEEN |

### Vragen bij het testen van de ogen:

Tijdens het contactmoment gaan we testen of je kind goed kan zien van ver en of de oogjes van je kind recht staan.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ▶ | Werd er een oogtest uitgevoerd door Kind & Gezin?  Zo ja, wat was het resultaat? | | JA NEEN | |
| ▶ | Draagt je kind een bril?  Moet het een oogje afdekken?  Zo ja, welk? …………………………………………………………………………………….  Heb jij of iemand anders gezien dat:   * een oog van je kind soms wegdraait; * je kind een oog soms gaat dichtknijpen of bedekken; * je kind soms dichtbij gaat kijken om details te zien, naar een scherm te kijken.   Zo ja, wat? ……………………………………………………………………………………..  Ben je hiervoor al naar de oogarts geweest? | JA NEEN  JA NEEN  JA NEEN  JA NEEN | |

### Om te kijken of een gehooronderzoek nodig is

We stellen je een paar vragen om te weten of je kind risico loopt voor een probleem met het horen.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ▶ | Heeft mama tijdens de zwangerschap een CMV-infectie gehad?  (CMV=cytomegaalvirus) | JA NEEN |
| ▶ | Werd het gehoor van je kind kort na de geboorte getest bij Kind & Gezin of in het ziekenhuis?  Wat was het resultaat? ………………………………………………………………………………… | JA NEEN |
| ▶ | Is je kind te vroeg geboren?  Wij bedoelen hiermee op 32 weken zwangerschap (= 7 maanden) of vroeger? | JA NEEN |
| ▶ | Heeft je kind ooit een hersenvliesontsteking door een bacterie gehad? | JA NEEN |
| ▶ | Heeft je kind een zwaar hoofdletsel (door vallen of stoten) gehad? | JA NEEN |
| ▶ | Is er in de familie iemand doof of slechthorend vanaf de geboorte of een heel jonge leeftijd? | JA NEEN |

**De gezondheid van je kind op dit moment**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ▶ | Gaat je kind elk jaar naar de tandarts? | JA NEEN |
| ▶ | Is je kind in behandeling bij een dokter, een logopedist, een kinesist, een revalidatiecentrum, een psycholoog …?  Zo ja, bij wie en waarvoor?  Wanneer was de laatste raadpleging?  Is er nog een opvolging voorzien? | JA NEEN |
| ▶ | Neemt je kind regelmatig geneesmiddelen?  Zo ja, welke?  Waarvoor? | JA NEEN |
| ▶ | Is er iets bij je kind waarvoor je speciale zorg hebt gevraagd binnen de school?  Zo ja, welke zorg? | JA NEEN |

### Welke dingen willen we samen bekijken?

We gaan ook even praten over jouw kleuter. Hieronder kan je zien over wat we het willen hebben. We horen graag wat er goed gaat. Als je vragen of zorgen hebt, kan je die noteren.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ▶ | Zelf dingen doen.  *Lukt het al om zelfstandig te eten, alleen te slapen, zelf kleren aan- en uitdoen …?* |  |
| ▶ | Bewegen en ontdekken.  *Zelf de trap oplopen, huppelen, springen, rennen …* |  |
| ▶ | Praten en dingen begrijpen.  *Eenvoudige opdrachten begrijpen, naar een verhaaltje luisteren …*  *Korte zinnen maken …*  *Verstaan andere mensen je kind als het iets zegt?* |  |
| ▶ | Het eigen lichaam leren kennen.  *Lukt het om zindelijk te zijn?* |  |
| ▶ | Een eigen persoontje worden.  *Je kind gaat meer en meer vragen stellen.*  *Driftbuien, nieuwsgierig zijn, grenzen verleggen.*  *Met andere kinderen en volwassenen omgaan.* |  |
| ▶ | Kleuters leren door dingen uit te proberen  *Wat lukt al met knutselen, knippen, tekenen?*  *Welke dingen doe je samen met je kind?* |  |

Wil jij zelf nog iets vragen of iets vertellen?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Bedankt voor het invullen!

Naam en handtekening: Datum: