

Personalia:

• Patiënt ID:		• Initialen	
• Geboortedatum		• Geslacht	M <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/>
• Geb. jaar moeder:		• Geb. jaar vader:	
		• Postcode:	
• Ingevuld door: (de ouder die de meeste tijd aan het kind besteed)		Moeder <input type="checkbox"/>	Vader <input type="checkbox"/>
• Burgerlijke staat:		Alleenstaand <input type="checkbox"/>	Anders <input type="checkbox"/>

Vóór de behandeling:

Deel 1 – Ouder(s) / Verzorger(s) – Vragen 1 t/m 30

Ja	Nee	Weet niet - n.v.t.
----	-----	--------------------

Algemeen:

1 Is uw kind al vaker behandeld voor klachten als deze?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

2 Was het bij dit kind uw eerste bevalling?
Zo nee, de hoeveelste bevalling was dit voor u? ¹

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

- * 2e
- * 3e
- * 4e
- * meer dan 4
- * adoptie- c.q. pleegkind

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

3 Zijn andere kinderen ook voor soortgelijke klachten behandeld?
Zo ja, welk kind in de volgorde was dit? Geef het nummer in.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Zo nee; was dat wel nodig geweest volgens u?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

4 Hebt u tijdens de zwangerschap foliumzuur geslikt?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Periode vóór de bevalling:

5 Was er sprake van een twee- of meerling?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

6 Was er sprake van een afwijkende ligging in de baarmoeder?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

- Zo ja welke ligging betrof het? ¹
- * achterhoofdsligging
 - * stuitligging
 - * voorhoofdsligging (keizersnede)
 - * aangezichtsligging
 - * onbekend

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

7 Was er sprake van complicaties bij de moeder? ²
Zo ja, welke probleem betrof het?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

- * (zwangerschaps)diabetes
- * hoge bloeddruk
- * bekkeninstabiliteit
- * anders

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

¹ = er is slechts 1 antwoord mogelijk
² = er zijn meerdere antwoorden mogelijk
³ = geeft een tekstuele toelichting



Ja	Nee	Weet niet - n.v.t.
----	-----	--------------------

De bevalling zelf:

- 8 Wie heeft bij de bevalling geholpen? ²
- * de verloskundige
 - * de gynaecoloog
 - * de huisarts
 - * niemand
 - * anders
 - * weet niet
- 9 Wat was het geboortegewicht in grammen van het kind?
- 10 Hoeveel weken heeft de zwangerschap geduurd?
- 11 Hoeveel uren voor de bevalling zijn de weeën begonnen?
- 12 Hoeveel uren voor de bevalling zijn de ontsluitingsweeën begonnen?
- 13 Was er sprake van een normale bevalling?
Zo nee, betrof het ²
- * een vacuümextractie (zuignap)
 - * een tangverlossing
 - * een keizersnede
 - * een ruggenprik
 - * trekken aan het hoofdje door de verloskundige / gynaecoloog
 - * anders
- 14 Hoeveel weken vóór de bevalling is het kind in gaan dalen?
- 15 Vlak na de bevalling wordt tot 2 maal toe een aantal testen gedaan waarvoor punten worden toegekend, de zogenaamde APGAR score. Wat was daarvan de score bij uw kind? (U kunt dit eventueel bij de verloskundige of gynaecoloog navragen)
- 1e score op de schaal van 0 t/m 10
- 2e score op de schaal van 0 t/m 10
- 16 Zijn er bij de geboorte botbreuken ontstaan bij het kind?
- 17 Zijn er bij de geboorte verlammingen ontstaan bij het kind?
- 18 Zijn er bij de geboorte bloeduitstortingen ontstaan bij het kind?
- 19 Had het kind de navelstreng om de nek?
- 20 Zat er ontlasting in het vruchtwater?

¹ = er is slechts 1 antwoord mogelijk
² = er zijn meerdere antwoorden mogelijk
³ = geeft een tekstuele toelichting



Ja	Nee	Weet niet - n.v.t.
----	-----	--------------------

Periode na de bevalling:

21 Wie heeft het doorslaggevende advies gegeven om naar de kinder-manueeltherapeut te gaan? ¹

- * de kinderfysiotherapeut
- * eigen initiatief
- * de consultatiebureauarts (CB – arts)
- * de huisarts
- * de verloskundige
- * de kinderarts
- * anders³ (zie voetnoot)

Geef in het onderstaande vak aan wat u onder de optie “anders” verstaat waarvoor u bij vraag 21 hebt gekozen.

22 Hoeveel weken hebt u vóór uw eerste bezoek aan de kinder-manueeltherapeut in het (para)medische circuit aandacht gevraagd voor het probleem van uw kind? ¹

23 Omschrijf in onderstaand tekstvak als u wilt waarom u juist gekozen hebt voor de kinder-manueeltherapeut als hulpverlener?

24 Krijgt of heeft het kind borstvoeding gehad?

25 Welke van de onderstaande redenen was, indien van toepassing, de meest belangrijke reden om geen borstvoeding te geven of met het geven van borstvoeding te stoppen? ¹

- * moeilijk of niet aan te leggen
- * overmatig huilgedrag van het kind
- * ontbreken van zuigreflex
- * vooraf al bepaald geen borstvoeding te willen geven
- * anders

26 Geef in kolom “1” aan welke symptomen u allemaal herkent bij uw kind en geef daarna in kolom “2” de volgorde van ernst aan door het geven van cijfers, te beginnen met “1”, waarbij “1” dan het meest ernstige symptoom is.

- * duidelijke voorkeurshouding
- * onrustig
- * afwijkende stand van het hoofdje
- * schrikkerig
- * darmkrampjes
- * overmatig huilen

1² 2

<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

(meer antwoordmogelijkheden op de volgende pagina)

¹ = er is slechts 1 antwoord mogelijk
² = er zijn meerdere antwoorden mogelijk
³ = geeft een tekstuele toelichting



Ja	Nee	Weet niet - n.v.t.
----	-----	--------------------

- * slaapstoornissen
- * reflux (terug spugen van de voeding)
- * afwijkende houding van de romp
- * grijpen naar hoofd / oortjes
- * overstrekking
- * wil niet op de buik liggen
- * teveel spanning in 1 arm of been
- * problemen met knuffelen
- * zuigproblemen
- * problemen met de ontlasting
- * eczeem / allergieën
- * eenzijdig vies oogje
- * anders, namelijk³ (zie voetnoot)

1 ²	2
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Geef in het onderstaande vak aan wat u onder de optie “anders” verstaat waarvoor u bij vraag 26 hebt gekozen.

27 Manifesteren zich de symptomen doorgaans op vaste tijden of bij dezelfde gebeurtenissen?

28 Wilt u m.b.t. het meest verontrustende symptoom dat u hebt gekozen in vraag 26 – kolom 2, **op** de onderstaande lijn met een streepje aangeven in welke mate dat symptoom van invloed is op uw dag- en nachtritme?
Helemaal links is er **géén** invloed en helemaal rechts is sprake van **maximale** invloed.

Min. Max.

29 Hoeveel weken na de bevalling zijn de eerste problemen bij uw kind ontstaan?

30 Heeft de CB – arts of kinderfysiotherapeut aangegeven dat uw kind qua ontwikkeling achter loopt op het “gemiddelde”?

¹ = er is slechts 1 antwoord mogelijk
² = er zijn meerdere antwoorden mogelijk
³ = geeft een tekstuele toelichting



Ja	Nee	Weet niet - n.v.t.
----	-----	--------------------

Deel 2 – Therapeut – Vragen 31 t/m 42

- 31 Wat was de begindatum van de behandelsessie?
- 32 Is er een X-opname van het hoogcervicale complex gemaakt?
- 33 Heeft het kind een voorkeurshouding?
- 34 Is er sprake van een dwangstand?
- 35 Hoe is de eventuele asymmetrie benoembaar? ¹
- * Linksrotatie – rechtilateroflexie
 - * Linksrotatie - linkilateroflexie
 - * Rechtsrotatie – linkilateroflexie
 - * Rechtsrotatie - rechtilateroflexie
- 36 Is er ook sprake van overstrekking?
- 37 Bestaat er een afplatting van de schedel? Zo ja, hoe is die benoembaar? ¹
- * linksachter (plagiocephalie)
 - * in het midden (brachycephalie)
 - * rechtsachter (plagiocephalie)
- 38 Is er sprake van een aangezichtsasymmetrie? Zo ja, aan welke zijde bevindt zich de afwijking? ¹
- * links
 - * rechts
- 39 Welke van de volgende testen uit het onderzoeksprotocol zijn positief? ²
- | | + | L+ | R+ | |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| * flexierotatietest | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| * lateroflexietest | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| * lateraalkieptest | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| * tractietest | <input type="checkbox"/> | | | |
| * Passieve flexie C0-C2 | <input type="checkbox"/> | | | |
| * AP federung thoracaal | <input type="checkbox"/> | | | |
| * AP federung lumbaal | <input type="checkbox"/> | | | |
| * AP federung SIG | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| * Provocatietesten heupen | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| * Sell craniaal | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| * Sell gluteaal | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| * Kiblerstest | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
- 40 Zijn er functiestoornissen gevonden in andere regio's? Zo ja; omschrijf dit in het onderstaande tekstvak.

¹ = er is slechts 1 antwoord mogelijk
² = er zijn meerdere antwoorden mogelijk
³ = geeft een tekstuele toelichting



Ja	Nee	Weet niet - n.v.t.
----	-----	--------------------

41 Is er sprake van een structureel verhoogde tonus van de suboccipitale musculatuur?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

42 Zijn er in de suboccipitale regio myofasciale triggerpoints aanwezig?

L+ R+

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

¹ = er is slechts 1 antwoord mogelijk
² = er zijn meerdere antwoorden mogelijk
³ = geeft een tekstuele toelichting



Ja	Nee	Weet niet - n.v.t.
----	-----	--------------------

Na de behandeling:

Deel 3 – Ouder(s) / Verzorger(s) – Vragen 43 t/m 51

- 43 Als u het resultaat van de behandeling aan zou moeten geven in één van onderstaande waarderingen, waar kiest u dan voor? ¹
- * slechter dan ooit
 - * veel verslechterd
 - * verslechterd
 - * gelijk gebleven
 - * vooruit gegaan
 - * veel vooruit gegaan
 - * geheel genezen
- 44 Als u de symptomenverandering aan zou moeten geven in procenten, met hoeveel % zijn de symptomen dan verminderd in vergelijking met de periode vóór aanvang van de behandeling? (0% = geen verandering en 100% = klachtenvrij)
-
- 45 Na de hoeveelste behandeling trad het meest merkbare resultaat op?
-
- 46 Hoeveel dagen na die behandeling trad de meeste symptoomvermindering op?
-
- 47 Geef in kolom "1" aan welke symptomen u nu nog allemaal herkent bij uw kind en geef daarna in kolom "2" de volgorde van ernst aan door het geven van cijfers, te beginnen met "1", waarbij "1" dan het meest ernstige symptoom is.
- | | 1 ² | 2 |
|--|--------------------------|----------------------|
| * duidelijke voorkeurshouding | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| * onrustig | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| * afwijkende stand van het hoofdje | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| * schrikkerig | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| * darmkrampjes | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| * overmatig huilen | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| * slaapstoornissen | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| * reflux (terug spugen van de voeding) | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| * afwijkende houding van de romp | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| * grijpen naar hoofd / oortjes | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| * overstrekking | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| * wil niet op de buik liggen | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| * teveel spanning in 1 arm of been | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| * problemen met knuffelen | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| * zuigproblemen | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| * problemen met de ontlasting | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| * eczeem / allergieën | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| * eenzijdig vies oogje | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| * anders, namelijk ³ (zie voetnoot) | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |

¹ = er is slechts 1 antwoord mogelijk
² = er zijn meerdere antwoorden mogelijk
³ = geeft een tekstuele toelichting



Ja	Nee	Weet niet - n.v.t.
----	-----	--------------------

Geef in het onderstaande vak aan wat u onder de optie “anders” verstaat waarvoor u bij vraag 47 hebt gekozen.

48 Geef in kolom “1” aan welke symptomen juist zijn verdwenen bij uw kind en geef daarna in kolom “2” de volgorde van verdwijnen aan door het geven van cijfers, te beginnen met “1”, waarbij “1” dan het symptoom is dat als eerste verdween.

- * duidelijke voorkeurshouding
- * onrustig
- * afwijkende stand van het hoofdje
- * schrikkerig
- * darmkrampjes
- * overmatig huilen
- * slaapstoornissen
- * reflux (terug spugen van de voeding)
- * afwijkende houding van de romp
- * grijpen naar hoofd / oortjes
- * overstrekking
- * wil niet op de buik liggen
- * teveel spanning in 1 arm of been
- * problemen met knuffelen
- * zuigproblemen
- * problemen met de ontlasting
- * eczeem / allergieën
- * eenzijdig vies oogje
- * anders, namelijk³ (zie voetnoot)

1² 2

<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

Geef in het onderstaande vak aan wat u onder de optie “anders” verstaat waarvoor u bij vraag 48 hebt gekozen.

49 Is er nog sprake van een voorkeurshouding?

50 Wilt u middels het zetten van een streepje **op** de onderstaande lijn aangeven hoe de symptomen tijdens de gehele behandelduur zijn veranderd?

Helemaal links is er **géén verandering** (de klachten zijn dan onveranderd) en helemaal rechts is er sprake van **maximale verandering** (de klachten zijn dan verdwenen).

Min. |-----| Max.

¹ = er is slechts 1 antwoord mogelijk
² = er zijn meerdere antwoorden mogelijk
³ = geeft een tekstuele toelichting



Ja	Nee	Weet niet - n.v.t.
----	-----	--------------------

Deel 4 – Therapeut – Vragen 51 t/m 61

51 Wat was de einddatum van de behandelsessie?

52 Hoeveel behandelingen zijn er in totaal gegeven?

53 Is bij de behandeling het door de EWMM voorgestelde behandelprotocol gevolgd?

54 Welke van de volgende testen uit het onderzoeksprotocol (vraag 39) zijn nu nog positief²

- * flexierotatietest
- * lateroflexietest
- * lateraalkieptest
- * tractietest
- * Passieve flexie C0-C2
- * AP federung thoracaal
- * AP federung lumbaal
- * AP federung SIG
- * Mobiliteitstesten heupen
- * Sell craniaal
- * Sell gluteaal
- * Kiblerstest

	+	L+	R+
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

55 Zijn er nog andere behandeltechnieken gebruikt dan die uit het behandelprotocol?
Omschrijf die kort in het onderstaande tekstvak.

56 Welke manuele technieken zijn gebruikt?²

- * rotatie C1-2
- * laterale impuls C1
- * laterale impuls C2-3 (Veluwse variant)
- * tractie C0-C1
- * mobilisatie C1 naar anterior
- * AP mobilisaties TWK / LWK
- * mobilisaties SIG
- * mobilisaties heup
- * anders

	+	L+	R+
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>			

57 Is hoog cervicaal de flexie nu passief geheel uitvoerbaar (kin op de borst)

58 Zijn er in de suboccipitale regio nog myofasciale triggerpoints aanwezig?

¹ = er is slechts 1 antwoord mogelijk
² = er zijn meerdere antwoorden mogelijk
³ = geeft een tekstuele toelichting



Ja	Nee	Weet niet - n.v.t.
----	-----	--------------------

59 Is onbedoeld danwel onverwacht de patiëntveiligheid in het geding geweest, zodanig dat het heeft geleid tot een (levens)bedreigende situatie voor de patiënt?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Zo ja, betrof het een:²

* adverse event (een complicatie die indirect met de behandeling te maken heeft) of

* adverse effect of -reaction (een complicatie direct gerelateerd aan de behandeling)?

Omschrijf in onderstaand tekstvak de complicatie(s) zo gedetailleerd mogelijk (duur, frequentie, intensiteit, etc).

NB: Indien er inderdaad sprake is van adverse effects dan dienen deze volgens vigerende regelgeving ook gemeld worden bij de IGZ.

60 Heeft de behandeling plaatsgevonden in samenwerking met andere (para)medische discipline(s)?²

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

* Huisarts

* Kinderarts

* Consultatiebureauarts

* Kinderfysiotherapeut

* Manueeltherapeut

* anders

61 Is het kind voor verdere behandeling terugverwezen? Zo ja, naar welke (para) medische discipline(s)?²

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

* de kinderfysiotherapeut

* de consultatiebureauarts (CB-arts)

* de huisarts

* de kinderarts

* de manueeltherapeut

* anders

¹ = er is slechts 1 antwoord mogelijk
² = er zijn meerdere antwoorden mogelijk
³ = geeft een tekstuele toelichting

