

Down Centrum Nederland,  
locatie West Nederland

Alrijne Ziekenhuis  
postbus 4220  
2350 CC Leiderdorp

polikliniek Kindergeneeskunde  
Simon Smitweg 1  
2353 GA Leiderdorp  
routenummer 32

071 582 8052

[downcentrum@alrijne.nl](mailto:downcentrum@alrijne.nl)  
[www.downcentrum.nl](http://www.downcentrum.nl)

**Alrijne**  
ziekenhuis

dr. M.E. Weijerman, kinderarts

patiëntenstericker

## Gegevens kind

voornaam: .....

achternaam: .....

geboortedatum: ..... - ..... - .....      geslacht:  m  v

straat en huisnummer: .....

postcode en woonplaats: .....

telefoon-/mobielnummer(s): .....

ziektekostenverzekering: .....      polisnummer: .....

verwijzer: .....

huisarts naam en adres: .....

## Gezinsgegevens

<u>vader</u>	<u>moeder</u>
achternaam: .....	.....
voorletters: .....	.....
geboortedatum: ..... - ..... - .....	..... - ..... - .....
beroep: .....	.....

## andere kinderen in het gezin:

naam	geslacht	geboortedatum	dagopvang/school
1. ....	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> v	..... - ..... - .....	.....
2. ....	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> v	..... - ..... - .....	.....
3. ....	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> v	..... - ..... - .....	.....
4. ....	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> v	..... - ..... - .....	.....

## Gegevens over het kind

Wanneer werd het DS ontdekt?       ..... dagen na de geboorte       na ..... maanden

Is er bloedonderzoek gedaan?       ja       nee

    Zo ja, wat was de uitslag?       losse trisomie (niet erfelijk)

translocatie trisomie (erfelijk)

mozaïek

onbekend

---

## Voorgeschiedenis

<u>betrokken hulpverleners</u>	<u>naam</u>	<u>ziekenhuis</u>	<u>hoe vaak</u>	<u>datum laatste bezoek</u>
- huisarts	.....	.....	.....	..... - ..... - .....
- kinderarts	.....	.....	.....	..... - ..... - .....
- kindercardioloog	.....	.....	.....	..... - ..... - .....
- oogarts	.....	.....	.....	..... - ..... - .....
- KNO-arts	.....	.....	.....	..... - ..... - .....
- revalidatie-arts	.....	.....	.....	..... - ..... - .....
- orthopeed	.....	.....	.....	..... - ..... - .....
- fysiotherapeut	.....	.....	.....	..... - ..... - .....
- logopedist	.....	.....	.....	..... - ..... - .....
- MEE	.....	.....	.....	..... - ..... - .....
- psycholoog	.....	.....	.....	..... - ..... - .....

Welke hulpverlener heeft de diagnose medegedeeld? .....

Hoe was de eerste opvang?  goed  matig  slecht

---

## Gezondheidstoestand van uw kind

Heeft uw kind lichamelijke klachten?  nee  ja

.....

.....

Gebruikt uw kind medicijnen?  nee  ja

.....

.....

Is uw kind ooit opgenomen in een ziekenhuis?  nee  ja

.....

.....

Problemen in de zwangerschap?  nee  ja

Problemen bij de bevalling?  nee  ja

Heeft u borstvoeding gegeven?  nee  ja

Zo ja hoelang? .....

Waren er voedingsproblemen?  nee  ja

Is er sondevoeding nodig geweest?  nee  ja

Hoe is de eetlust?  goed  matig  slecht

Hoe is de ontlasting?  normaal  hard  vaak dun

Is hij/zij verkouden?  nooit  zelden  vaak

Last van oorontstekingen?  nooit  zelden  vaak

Last van keelontstekingen?  nooit  zelden  vaak

Last van hoesten?  nooit  zelden  vaak

Hoort uw kind goed?  ja  matig  slecht  geen idee

Is er een hoortest gedaan?  ja  nee

Zo ja, wat was de uitslag?  goed  matig  slecht

Trommelvliesbuisjes?  nooit  ja  vroeger gehad

---

---

Is uw kind bij een kindercardioloog geweest?  ja  nee  
 Is er een echo van het hart gedaan?  ja  nee  
 Wat was het resultaat?  goed   
 Wat is er gevonden? .....

Is uw kind normaal gevaccineerd?  ja  nee  
 Is uw kind tegen hepatitis B gevaccineerd?  ja  nee  
 Is uw kind tegen het RS virus gevaccineerd?  ja  nee

Wanneer is uw kind gaan:

lachen (bewust): ..... maanden      dingen vastpakken: ..... maanden  
 los zitten: ..... maanden      kruipen: ..... maanden  
 staan: ..... maanden      los lopen: ..... maanden  
 brabbelen: ..... maanden      fietsen: ..... maanden  
 eerste woordjes: ..... maanden      traplopen: ..... maanden

Zijn er oogproblemen?  nee  ja, namelijk: .....

Is er oogheelkundig onderzoek geweest  nee  ja

Zo ja, op welke datum: ..... - ..... - .....

---

**Crèche / dagopvang / oppas** (graag omcirkelen wat van toepassing is)

Hoeveel dagen gaat uw kind hier naar toe? ..... dagen

Vaste oppas? .....

---

**School**

Welk type onderwijs volgt uw kind?

.....

In welke groep zit uw kind?

.....

Hoe gaat het op school?

.....

Heeft u speciale maatregelen moeten nemen, bijvoorbeeld remedial teacher?

.....

---

**Situatie op dit moment**

1. Waarom komt u naar de Downpoli of bij de Down kinderarts?

.....

.....

2. Wat is uw vraag of probleem?

.....

.....

.....

---

---

Wat zijn de drie belangrijkste problemen van of met uw kind?

1. ....  
.....
  2. ....  
.....
  3. ....  
.....
- 

### Het spreekuur

U wenst een eerste afspraak voor:  de Downpoli      of       een consult alleen bij de Down kinderarts

Indien u kiest voor de Downpoli

Wilt u hieronder aangeven wie u wilt spreken?

Wij adviseren minimaal de eerste vier disciplines in de eerste kolom te bezoeken.

- |  |  |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> kinderarts/coördinator | <input type="checkbox"/> contactouder        |
| <input checked="" type="checkbox"/> kinderfysiotherapeut   | <input type="checkbox"/> orthoptist (Visio)  |
| <input checked="" type="checkbox"/> logopedist             | <input type="checkbox"/> tandarts            |
| <input checked="" type="checkbox"/> orthopedagoog          | <input type="checkbox"/> KNO-arts/gehoortest |
|  | <input type="checkbox"/> andere wens: .....  |

### Voorlichting

1. Heeft u voorlichting gekregen over het Down Syndroom van betrokken artsen en hulpverleners en zo ja, welke?

.....  
.....

2. Kent u de Downstichting?                       ja                       nee

3. Bent u lid van de Downstichting               ja                       nee

---

### Algemene opmerkingen

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

---

Indien mogelijk zien wij graag de bestaande correspondentie/gegevens over uw kind van de verschillende behandelaars ook apart tegemoet (per mail of post). Dit voor het optimaal kunnen beantwoorden van de vragen.

---

Aanmeldingsformulier in bijgevoegde antwoordenvolp (geen postzegel nodig) sturen naar:

Down Centrum Nederland, locatie West Nederland  
Alrijne Ziekenhuis Leiderdorp  
Antwoordnummer 10822  
2350VB Leiderdorp

---