



Lambert Fick

BEHAVIOURAL OPTOMETRISTS

LAMBERTFICK.CO.ZA

VRAELYS JONGKIND

Kind se volle name:	Geboortedatum:
Kind se noemnaam:	Verwys deur:
BESONDERHEDE VAN FAMILIE:	
Vader se naam:	Moeder se naam:
Huisadres:	Pos Kode:
Huis Telefoon:	Beroep:
Werkgewer:	Werk Telefoon:
Besigheidsadres:	Pos Kode:
Eggenoot se Beroep:	Werk Telefoon:
Besigheidsadres:	Pos Kode:
Mediese Fonds:	Opsie:
Mediese Fondsnummer:	

VISUELE GESKIEDENIS:

Vorige ondersoek: Naam van Dr: Datum:

Uitslae:

Was behandeling voorgeskryf? J N

Voorgestelde Behandeling (Merk waar van toepassing)				
Visie Terapie	Oogklap	Bril	Operasie	Ander

Famielede wat alreeds visuele behandeling ontvang het en waarvoor:		
NAAM	OUDERDOM	VISUELE TOESTAND

Merk asb. Waar van toepassing op u kind se klagtes en /of observasies:

	Nooit	Selde	Soms	Gereeld	Altyd
Oë draai na binne					
Oë draai na buite					
Oë trek skeef					
Vryf oë					
Sien nie voorwerpe nie					
Ooglede hang					
Draai die kop om met een oog te fokus					
Maak een oog toe					
Knip oë oormatig					
Bring voorwerp tot naby oë om daarop te fokus					
Staar na helderlig					
Kla van hoofpyne					

Kan nie blokke opmekaar pak					
Struikel oor voorwerpe					
Verplaas voorwerp van hand tot hand /Kruis die middellyn van sy/haar lyf					
Rooi oë en ooglede					
Herhaaldelike Karkatjies					
Oë beweeg gereeld					
Tranerige oë					
Draai die kop na eenkant					
Ligsensitiwiteit					
Oë skeel as op voorwerp fokus					
Vermy om te kyk/speel met naby voorwerpe					
Kan nie ver sien nie					
Kla van branderige, jeukerige, pynlike oë					

MEDIESE GESKIEDENIS:

Heel onlangse Mediese ondersoek: Dr. se Naam: _____ Datum: _____

Uitslae: _____

Medikasie wat tans gebruik word / vir watter toestand?

Het die moeder enige gesondheidsprobleme ondervind tydens die swangerskap, veral tydens die eerste derde van swangerskap? Ja Nee

Indien ja , Verduidelik: _____

Het die moeder enige medikasie gebruik tydens swangerskap? Ja Nee

Indien ja, noem die medikasie en gedurende watter tydperk van swangerskap?

Is u kind oor die algemeen gesond? Ja Nee

Noem siektes, slegte valle, hoë koors, ens.

Ouderdom	Siektes	Intensiteit	Newe Effekte

Is daar enige kroniese probleme soos asma, sinusitis, allergieë (kos of ander), oorinfeksie?

Ja Nee

Indien Ja – noem dit asb:

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

Inentings:	Ouderdom:	Newe Effekte

Is 'n neurologiese ondersoek gedoen? Ja Nee Dr se Naam:

Uitslae:

Enige familiegeskiedenis van die volgende? (Gaan na en dui die verwantskap ten opsigte van die kind)

Naam van siekte	J	N	Verwantskap
Diabetes			
Hoë bloeddruk			
Veelvuldige sklerose			
Skildklier Toestand			
Chromosoom siektes			
Gloukoom			
Katarakte			
Skeel oë			
Ambliopie (lui oog)			
Blindheid			
Indien ander, gee kort verduideliking			

ONTWIKKELINGS GESKIEDENIS:

Moeder se ouderdom met geboorte van kind: _____

Geboortegewig Voltermyn swangerskap: Ja Nee

Duur van geboorte: _____

Induksie: Ja Nee

Geboorte was: Normaal Keisersnee Narkose Verlostang

Enige probleme voor, tydens of direk na geboorte? Ja Nee

Verduidelik asb.:

Enige Suurstof toegedien? Ja Nee Indien Ja, watter konsentrasie?

Aantal kere wat Suurstof toegedien is? Rede

Broeikas: Ja Nee Indien wel hoe lank _____

Was daar enige rede tot kommer oor u kind se algemene gesondheid of ontwikkeling?

Ja Nee

Indien Ja, waarom?

Waar van toepassing, dui asb die ouderdom waarop u kind die volgende kon baasraak:		
Reaktiewe glimlag		Loop alleen
Lag		Krabbel spontaan
Rol om		Boots huiswerkpligte na
Reik uit na voorwerpe		Loop agteruit
Seil (maag op die vloer)		Gebruik lepel/mors min
Kruip (maag weg van die vloer)		Klim trappe
Reageer op woorde of name		Maak twee-woord-sinne
Spreek eerste Naam uit		Wanneer is kind van doeke af

Watter persentasie van u kind se wakkertye spandeer hy/sy in 'n speelhok _____

Loopring _____ kinderstoeltjie _____ "jumping jack" _____

Wat kan u kind baie goed doen?

Watter goed vind u kind moeilik om te doen?

Naam van Dagsorg (indien van toepassing)

Adres Pos Kode

VOEDINGS INLIGTING:

Borsvoed: Nooit Tans Borsvoed tot op watter ouderdom _____

Op watter ouderdom is begin met vaste kos: Watter tipe

Aktiwiteitsvlak: HOOG MATIG LAAG

Is daar periods van baie hoë energie?

Is daar periods van baie lae energie?

GEDRAG:

Het u enige bekommernis oor u kind se gedrag? Indien Ja – wat pla:

.....
.....

MERK asb waar u bekommernis het oor u kind se gedrag:

Tekort aan nuuskierigheid	Geïrriteerd, word maklik ontsteld	Suig duim
Rusteloosheid/slaaploosheid	Senuweeagtig	Bot, ontevrede, humeurig
Slegte Humeur	Skeidingsvrees	

PERSOONLIKHEID:

BESKRYF asb. u kind se persoonlikheid:
