



GGD Amsterdam

Jeugdgezondheidszorg

PGO BaO

Vragenlijst voor ouder(s) / verzorger(s)
van kinderen in het basisonderwijs

Invuldatum _____ □□ □□ □□□□

I Gegevens van uw zoon/dochter

Achternaam _____

Roepnaam _____

Huisadres _____

Postcode en woonplaats _____

Telefoonnummer _____

Leerkracht/groep _____

Huisarts _____

Evt vorige school _____

Bij 5 jarigen:
Naam consultatiebureau _____

II Gezinsgegevens: Hoe is de huidige gezinssamenstelling?

	M/V	Voor + achternaam	Geboortedatum	Bijzonderheden
Ouder/verzorger	_____	_____	_____	Lengte: □□□□ cm
Ouder/verzorger	_____	_____	_____	Lengte: □□□□ cm
Kind 1	_____	_____	_____	_____
Kind 2	_____	_____	_____	_____
Kind 3	_____	_____	_____	_____
Kind 4	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

De GGD verzamelt gegevens op groepsniveau. De gegevens worden vertrouwelijk behandeld en worden niet herleidbaar tot specifieke kinderen verwerkt. Het verzamelen, vastleggen en verwerken van gegevens valt onder de wet bescherming persoonsgegevens. De regels hierover zijn opgenomen in het privacyreglement van de GGD.

III Algemene vragen

1. Wat is de geboortedatum van uw kind? dag maand jaar
2. Wat is het geslacht van uw kind? jongen
 meisje
3. Wat is de naam van de school waar uw kind op zit?
4. Wat is uw postcode? cijfers letters
5. Wat is het geboorteland van de vader en de moeder?
- | | vader | | moeder |
|-----------------------|---|--|---|
| Nederland | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Suriname | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Marokko | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Turkije | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Aruba/Antillen | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Ghana | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Ander land, namelijk: | <input type="checkbox"/> <input type="text"/> | | <input type="checkbox"/> <input type="text"/> |
6. Wat is de hoogst afgemaakte opleiding van u en uw partner?
- | | u | | uw partner |
|------------------------------|---|--|---|
| (Enkele) jaren lagere school | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Diploma lbo/mavo/vmbo | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Diploma havo/vwo/mbo | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Diploma hbo/universiteit | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Anders | <input type="checkbox"/> <input type="text"/> | | <input type="checkbox"/> <input type="text"/> |
| Ik heb geen partner | <input type="checkbox"/> | | |
7. Uit hoeveel kinderen bestaat uw gezin?
8. Met welke mensen woont uw kind in huis? (Er zijn meerdere antwoorden mogelijk)
- Met de vader van het kind
 - Met de moeder van het kind
 - Partner/vriend(in) van de vader of moeder (stiefvader of stiefmoeder van het kind)
 - Andere kinderen, zoals broer(s) en/of zus(sen) (of halfbroers, halfzussen)
 - Het kind woont ongeveer de helft van de tijd bij de vader en de helft van de tijd bij de moeder (co-ouders)
 - Pleeg- of adoptief vader
 - Pleeg- of adoptief moeder
 - Andere familieleden (bijv. oom, tante, opa, oma)
 - Het kind woont in een internaat of tehuis
 - Anderen nl:

IV Overige gezinsgegevens

9. Heeft uw gezin zorgen, spanningen of stress? Zo ja, waarover?

- ja, over werk
- ja, over relatie
- ja, over geld
- ja, over wonen
- ja, over de opvoeding
- ja, over iets anders, nl:
- nee

10. Heeft één of beide ouders/verzorgers momenteel ernstige gezondheidsproblemen of een chronische ziekte?

- ja
- nee

11. Heeft één of beide ouders/verzorgers (ernstige) psychische problemen?

- ja
- nee

V Gezondheid en ziekte van uw kind

12. Heeft uw kind alle vaccinaties (inentingen) tot nu toe gekregen? (DTP en Kinkhoest bij 4 jaar, DTP en BMR bij 9 jaar)

- ja
- nee

13. Bezoekt uw kind jaarlijks de tandarts?

- ja
- nee

14. Poetst (u) uw kind twee maal per dag de tanden met fluoride-tandpasta?

- ja
- nee

15. Heeft uw kind op het moment een of meerdere klachten en /of gezondheidsproblemen?

- Het gehoor, de oren
- De ogen, kleuren zien
- Rug, voeten, benen
- Motoriek, handigheid in bewegingen
- Luchtwegen, hoesten, benauwdheid, keel, neus
- Ontlastingsproblemen, broekpoepen
- Plasproblemen, broekplassen, bedplassen
- Slaapproblemen
- Anders, nl:

16. Gebruikt uw kind momenteel medicatie? Zo ja waarvoor?

- nee
- ja, namelijk voor:

17. Is uw kind, in de afgelopen 2 jaar, in behandeling geweest bij één of meer van de volgende hulpverleners?

- Huisarts
- Orthodontist
- Logopedist
- ABC / Schoolbegeleidingsdienst/ Schoolmaatschappelijkwerk
- Jeugd GGZ, bijv. Bascule, Virenze, de Meren, Mentrum, inGeest, Oase
- Oogarts/orthoptist
- Jeugdinstituten, bijv. Bureau Jeugdzorg, Vita, Altra
- Fysiotherapeut/Mensendieck
- Medisch specialist bijv. kinderarts, KNO-arts, kinderuroloog
- Alternatieve genezer, bijv. acupuncturist, homeopaat
- Anders, nl:

18. Heeft uw kind in het afgelopen jaar meer dan drie weken school verzuimd wegens zijn/haar gezondheid?

Zo ja, wat was hiervan de reden?

- nee
- ja, de reden hiervoor was:

VI Beweging en voeding

- | | Ja | Nee |
|---|--|--------------------------|
| 19. Is uw kind lid van een sportclub? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Is uw kind lid van een andere club en/of vereniging (toneel, schaken, scouting etc.)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Hoeveel tijd per dag fietst, wandelt, sport of speelt uw kind buiten? | <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> minuten | |
| 22. Hoeveel tijd per dag zit uw kind voor de computer, tv of spelcomputer? | <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> minuten | |
| 23. Heeft u vragen over het bewegen en/of (spel-)computer/tv gebruik van uw kind?
Zo ja welke? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="text"/> | | |
| 24. Vindt u dat uw kind gezond eet en drinkt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Ontbijt uw kind iedere ochtend? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Hoeveel glazen gezoete dranken (vruchtensap, frisdrank, drinkyoghurt, etc.) drinkt uw kind per dag? | <input type="text"/> <input type="text"/> glazen | |
| 27. Hoeveel tussendoortjes eet uw kind per dag? | <input type="text"/> <input type="text"/> tussendoortjes | |
| 28. Heeft u vragen over de eet- en drinkgewoontes van uw kind?
Zo ja welke? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="text"/> | | |

VII Gedrag en ontwikkeling

29. Wilt u alstublieft voor iedere vraag een kruisje zetten in het vierkantje onder "niet waar", "een beetje waar" of 'zeker waar". Het is van belang dat u alle vragen zo goed mogelijk beantwoordt, ook als u niet helemaal zeker bent of als u de vraag raar vindt.

Wilt u alstublieft uw antwoorden baseren op het gedrag van uw kind **IN DE LAATSTE ZES MAANDEN**.

Mijn kind:	Niet waar	Een beetje waar	Zeker waar
01. Houdt rekening met gevoelens van anderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02. Is rusteloos, overactief, kan niet lang stilzitten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03. Klaagt vaak over hoofdpijn, buikpijn, of misselijkheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04. Deelt makkelijk met andere kinderen (snoep, spelletjes, pennen, enz.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05. Heeft vaak driftbuien of woede-uitbarstingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06. Is nogal op zichzelf, neigt er toe alleen te spelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07. Is doorgaans gehoorzaam, doet gewoonlijk wat volwassenen vragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08. Heeft veel zorgen, lijkt vaak over dingen in te zitten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09. Is behulpzaam als iemand zich heeft bezeerd, van streek is of zich ziek voelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Is constant aan het wiebelen of friemelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Heeft minstens één goede vriend of vriendin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Vecht vaak met andere kinderen of pest ze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Is vaak ongelukkig, in de put of in tranen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Wordt over het algemeen aardig gevonden door andere kinderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Is gemakkelijk afgeleid, heeft moeite om zich te concentreren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Is zenuwachtig of zich vastklampend in nieuwe situaties, verliest makkelijk zelfvertrouwen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Is aardig tegen jongere kinderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Liegt of bedriegt vaak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Wordt getreiterd of gepest door andere kinderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Biedt vaak vrijwillig hulp aan anderen (ouders, leerkrachten, andere kinderen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Denkt na voor iets te doen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Pikt dingen thuis, op school of op andere plaatsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Kan beter opschieten met volwassenen dan met andere kinderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Is voor heel veel bang, is snel angstig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Maakt opdrachten af, kan de aandacht goed vasthouden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Denkt u over het geheel genomen dat uw kind moeilijkheden heeft op één of meer van de volgende gebieden: emoties, concentratie, gedrag of vermogen om met andere mensen op te schieten?			
Nee	Ja kleine moeilijkheden	Ja duidelijke moeilijkheden	Ja ernstige moeilijkheden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Als u "Ja" heeft geantwoord, wilt u dan alstublieft de volgende vragen over deze moeilijkheden beantwoorden?

27.	Hoe lang bestaan deze moeilijkheden?	Korter dan een maand	1-5 maanden	6-12 maanden	Meer dan 12 maanden
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.	Maken de moeilijkheden uw kind overstuur of van slag?	Helemaal niet	Een beetje maar	Tamelijk	Heel erg
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.	Belemmeren de moeilijkheden het dagelijks leven van uw kind op de volgende gebieden?	Helemaal niet	Een beetje maar	Tamelijk	Heel erg
	Thuis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Vriendschappen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Leren in de klas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Activiteiten in de vrije tijd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.	Belasten de moeilijkheden u of het gezin als geheel?	Helemaal niet	Een beetje maar	Tamelijk	Heel erg
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.	Heeft u deze problemen wel eens besproken met de leerkracht van uw kind?	Ja	Nee		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

30. Maakt u zich (verder) zorgen over de opvoeding van uw kind? Zo ja waarover?

- nee
- ja, namelijk over:

31. Heeft u verder nog vragen of opmerkingen, die u niet in de vragenlijst kwijt kunt?

Zo ja welke?

nee

ja, namelijk:

32. Wilt u praten met de schoolarts/verpleegkundige zonder dat uw kind daarbij aanwezig is? Zo ja waarover?

nee

ja, over:

33. Wie heeft de vragenlijst ingevuld?

Moeder

Vader

Beide

Anders, nl:

Nog even het volgende

De schoolarts/verpleegkundige werkt nauw samen met de school. Geeft u hen toestemming om de voor de school relevante resultaten van het onderzoek (ogen, oren, ontwikkeling, gedrag, pesten) te bespreken met de leerkracht/interne begeleider?

ja

nee

Dank u wel voor uw medewerking.

Tijdens het gesprek zullen de uitkomsten met u besproken worden.

© Nederlandse bewerking Treffers, Ph. D.A., van Widenfelt, B.M. & Goodman, R. (2000)

In te vullen door de arts of verpleegkundige van de JGZ

ROOD = Emotie pnt

GEEL = Gedrag pnt

GROEN = Leeftijdsgenoten pnt

BLAUW = Hyperactiviteit pnt

_____ +

SDQ TOTAALSCORE pnt

ROZE = pro-Sociaal gedrag pnt