

Oudervragenlijst Sensorische Integratie

Naam kind:

Geboortedatum:

Datum van invullen:

Naam school:

Groep:

Ziektes en ziekenhuisopnames

	JA	NEE	OPMERKINGEN
1. Is uw kind vaak ziek? Zo ja, om welke ziektes gaat het?			
2. Is uw kind ergens allergisch voor? Zo ja, waarvoor?			
3. Gebruikt uw kind medicijnen? Zo ja, welke?			
4. Heeft uw kind wel eens:			
➤ Oorklachten?			
➤ Oogklachten?			
➤ Duizeligheidsklachten?			
➤ Epilepsie?			
5. Heeft uw kind andere klachten? Zo ja, welke?			
6. Zijn er ziekenhuisopnames geweest? Zo ja, wanneer en waarvoor?			
7. Is er ooit een E.E.G. gemaakt?			
8. Is er ooit een C.T. scan gemaakt?			
9. Is er ooit een Röntgenfoto gemaakt?			

Familiegeschiedenis

	JA	NEE	OPMERKINGEN
1. Komen er in de familie motorische problemen voor?			
2. Komen er in de familie leer- en/of gedragsproblemen voor?			
3. Komt er in de familie linkshandigheid voor?			

Therapie

	JA	NEE	OPMERKINGEN
1. Is uw kind eerder in behandeling geweest van een therapeut(e)? Zo ja, bij wie?			
2. Wanneer was dat?			

3. Hoe vaak per week?			
4. Waar was de behandeling op gericht?			
5. Is uw kind bij een specialist onder behandeling (geweest)? Zo ja, bij wie?			
6. Heeft de behandeling effect gehad? Zo ja, in welk opzicht?			
7. Zijn er testen afgenomen? Zo ja, welke?			

Onderwijs

	JA	NEE	OPMERKINGEN
1. Bezoekt uw kind andere scholen vóór de huidige school? Zo ja, welke?			
2. Waarom is uw kind van school veranderd?			
3. Op wiens advies gebeurde dit?			
4. Is uw kind ooit blijven zitten? Zo ja, in welke groep?			
5. Heeft uw kind een speciaal leerprogramma, in of buiten de school? Zo ja, van wie?			
6. Is uw kind naar de peuterspeelzaal geweest?			
7. Waren daar problemen? Zo ja, welke?			
8. Heeft uw kind in groep 1/2 moeite gehad met:			
➤ Tekenen			
➤ Vasthouden van pen/potlood			
➤ Plakken			
➤ Knippen			
➤ Scheuren			
➤ Puzzelen			
➤ Kralen rijgen			
➤ Prikken			
➤ Gymnastiek			
➤ Constructiemateriaal (lego)			
* Bijzonderheden			
9. Heeft uw kind vanaf groep 3 moeite gehad met:			
➤ Schrijven			
➤ Knippen			

➤ Knutselen			
➤ Lezen			
➤ Taal			
➤ Rekenen			
➤ Gymnastiek			
* Bijzonderheden			

Ontwikkeling: motoriek

1. Hoe oud was uw kind toen het voor het eerst kon:	INVULLEN:
➤ Omrollen	
➤ Zitten	
➤ Staan	
➤ Lopen	
➤ Fietsen op een driewieler	
➤ Fietsen op een tweewieler	

	JA	NEE	OPMERKINGEN
2. Lag uw kind graag op de buik?			
3. Heeft uw kind gekropen?			
4. Heeft uw kind zich op een andere manier voortbewogen (bv. billenschuiven)?			
* Bijzonderheden			

Ontwikkeling: tast

	JA	NEE	OPMERKINGEN
1. Speelde uw kind met zijn handjes?			
2. Speelde uw kind met zijn voetjes?			
3. Onderzocht uw kind voorwerpen door ze in de mond te stoppen?			
4. Onderzocht uw kind voorwerpen door ze beet te pakken?			
5. Had uw kind voor bepaalde voorwerpen een:			
➤ Voorkeur? Zo ja, voor welke?			
➤ Afkeur? Zo ja, voor welke?			
6. Was uw kind als baby snel geïrriteerd als hij/zij vastgehouden werd?			

7. Vond uw kind het vervelend om gewassen te worden?			
8. Draaide uw kind het gezicht weg bij de voeding?			

Ontwikkeling: evenwicht

	JA	NEE	OPMERKINGEN
1. Verstijfde uw kind als u hem/haar optilde?			
2. Was uw kind angstig op de commode?			
3. Werd uw kind alleen rustig tijdens het wandelen in de wandelwagen?			
4. Vond uw kind het vervelend om gewiegd te worden?			
5. Vond uw kind het vervelend om boven het hoofd gehouden en/of in de lucht gegooid te worden?			
6. Was uw kind angstig bij het naar beneden gaan op de trap?			
7. Vond uw kind het vervelend om in het fietsstoeltje te zitten?			
* Bijzonderheden			

Ontwikkeling: communicatie

1. Wanneer bereikte uw kind de volgende ontwikkelingsmijlpalen:	INVULLEN:
➤ Eerste glimlach	
➤ Brabbelen	
➤ Eerste woordjes	
➤ Zinnetjes van 1 of meer woordjes	
➤ Heeft uw kind opvallende articulatieproblemen gehad?	
2. Heeft uw kind gestotterd?	

Ontwikkeling: activiteiten van het dagelijks leven

1. Hoe oud was uw kind toen het voor het eerst:	INVULLEN:
➤ Zelf uit een beker kon drinken	
➤ Zelf kon eten met een lepel	
➤ Zindelijk was	
➤ Zelf kleren uit kon trekken	
➤ Zelf kleren aan kon trekken	

➤ Knopen en ritsen kon vastmaken			
➤ Veters kon strikken			
➤ Voor het eerst zelfstandig de billen kon afvegen			
* Bijzonderheden			
2. Heeft uw kind een speen gehad? Zo ja, tot wanneer?			
3. Heeft uw kind duim gezogen? Zo ja, tot wanneer?			
4. Zijn er problemen geweest met slikken, kauwen, drinken uit een beker, lepelvoeding?			
5. Waren er problemen bij:			
➤ De overgang van vloeibaar naar gepureerde voeding?			
➤ De overgang van gepureerde naar vaste voeding?			

Ontwikkeling: emotioneel/sociaal gedrag

	JA	NEE	OPMERKINGEN
1. Hilde uw kind veel?			
2. Was uw kind een drukke baby?			
3. Was uw baby erg eenkennig?			
4. Vond uw kind het moeilijk om zelfstandig te spelen?			
5. wanneer begon uw kind samen te spelen?			

Huidige situatie: motoriek

	JA	NEE	OPMERKINGEN
1. Beweegt uw kind zich houterig?			
2. Beweegt uw kind zich langzaam?			
3. Struikelt uw kind veel?			
4. Loopt uw kind vaak ergens tegenop?			
5. Doet uw kind de bewegingen vaak te hard of te zacht?			
6. Loopt uw kind veel op de tenen?			
7. Zit uw kind vaak scheef of onderuitgezakt?			

8. Heeft uw kind een voorkeurshand? Zo ja, welke?			
9. Op welke leeftijd was dit duidelijk?			
10. Sport uw kind regelmatig? Zo ja, welke sport?			
11. Is het moeilijk voor uw kind om onbekende handelingen te leren (bv. fietsen, zwemmen, aankleden)?			
12. Is uw kind onhandig?			

Huidige situatie: tast

	JA	NEE	OPMERKINGEN
1. Ervaart uw kind het spelen met zand, modder of vingerverf etc. als vies en/of vervelend?			
2. Vindt uw kind het vervelend om aangeraakt te worden?			
3. Verzet uw kind zich als het bij iemand op schoot moet zitten?			
4. Vindt uw kind aanraken of knuffelen alleen fijn als het daar zelf het initiatief toe kan nemen?			
5. Vindt uw kind bepaalde kleren of stoffen vervelend?			
6. Vindt uw kind het vervelend als:			
➤ Zijn/haar gezicht wordt gewassen of afgeveegd?			
➤ Zijn/haar haren worden gewassen of gekamd?			
➤ Zijn/haar nagels worden geknipt?			
➤ Zijn/haar tanden worden gepoetst?			
7. Slaat uw kind zichzelf wel eens expres?			
8. Lijkt uw kind meer of minder last van pijn te hebben dan andere kinderen?:			
➤ Opvallend meer			
➤ Opvallend minder			
9. Heeft uw kind een duidelijke afkeer van of voorkeur voor:			
➤ Bepaalde voedselsubstanties (bv. hard, zacht, taai, krokant)?			
➤ Bepaalde smaken (bv. bitter, zuur, zout, zoet)?			
10. Verslikt uw kind zich regelmatig?			
11. Kokhalst uw kind wel eens? Zo ja, wanneer?			

12. Kwijlt uw kind wel eens?			
13. Heeft uw kind voortdurend behoefte om iets in zijn/haar mond te hebben?			
14. Heeft uw kind voortdurend behoefte om iets aan te raken?			

Huidige situatie: evenwicht

	JA	NEE	OPMERKINGEN
1. Vindt uw kind het eng om hoog te klimmen?			
2. Klimt en klautert uw kind gevaarlijk hoog zonder gevaar te zien?			
3. Vindt uw kind de volgende activiteiten vervelend:			
➤ Draaien (bv. in de speeltuin)			
➤ Schommelen			
➤ Verplaatsen m.b.v een lift			
4. Draait of schommelt uw kind juist opvallend veel?			
5. Vermijdt uw kind spelletjes waarbij evenwicht belangrijk is?			
6. Vangt uw kind zich slecht op als hij/zij valt?			
7. Valt uw kind opvallend veel?			
8. Vermijdt uw kind angstvallig om te vallen?			
9. Is uw kind snel wagenziek?			
10. Laat uw kind zich vaak expres vallen?			
11. Neemt uw kind vaak een houding aan waarbij het hoofd ondersteboven gehouden wordt?			

Huidige situatie: communicatie:

	JA	NEE	OPMERKINGEN
1. Zijn er articulatieproblemen waardoor u uw kind moeilijk kunt verstaan?			
2. Praat uw kind opvallend weinig?			
3. Gebruikt uw kind vaak gebaren om moeilijke zinnen of woorden te vervangen?			
4. Wijst uw kind veel aan in plaats van benoemen?			
5. Trekt uw kind u vaak mee om zijn/haar wens duidelijk te maken?			
6. Zegt uw kind vaak “dinges die, dat eh” als hij/zij iets onder woorden wil brengen?			

7. Spreekt uw kind hikkend?			
	JA	NEE	OPMERKINGEN
8. Spreekt uw kind bepaalde klanken verkeerd uit?			
9. Heeft uw kind problemen met het vertellen van een logisch verhaal?			
10. Vindt uw kind het moeilijk om opgedane ervaringen na te vertellen?			
11. Heeft uw kind problemen met het begrijpen van een opdracht?			

Huidige situatie: horen en zien

	JA	NEE	OPMERKINGEN
1. Reageert uw kind schrikachtig of negatief bij:			
➤ Onverwachte geluiden			
➤ Harde geluiden			
2. Schreeuwt of gilt uw kind vaak?			
3. Houdt uw kind vaak zijn/haar handen voor de oren? Zo ja, bij welke geluiden?			
4. Wordt uw kind vaak afgeleid door de dingen die hij/zij hoort?			
5. Heeft uw kind een bril? Wat is de sterkte van de glazen?			
6. Heeft uw kind moeite om een voorwerp met de ogen te volgen?			
7. Wordt uw kind veel afgeleid door de dingen die hij/zij ziet?			
8. Maakt uw kind oogcontact?			
9. Heeft uw kind voorkeur en/of afkeer voor fel zonlicht?			

Huidige situatie: emotioneel/sociaal gedrag

	JA	NEE	OPMERKINGEN
1. Is uw kind erg gevoelig voor kritiek?			
2. Is uw kind faalangstig?			
3. Is uw kind vaak teruggetrokken?			
4. Heeft uw kind problemen om zich aan te passen aan veranderingen of onverwachte situaties?			

	JA	NEE	OPMERKINGEN
5. manipuleert uw kind situaties en/of de omgeving?			
6. Is uw kind snel geïrriteerd?			
7. Is uw kind snel boos?			
8. Is uw kind vaak overdreven precies?			
9. Is uw kind vaak chaotisch?			
10. Zijn er problemen in het contact met anderen?			
11. Wordt uw kind gepest?			
12. Zijn er problemen op het gebied van samen spelen?			
13. Vecht uw kind vaak met andere kinderen?			
14. Plaagt of stoort uw kind vaak andere kinderen?			
15. Is uw kind gehecht aan gewoontes en bepaalde rituelen?			
16. Is uw kind altijd in beweging?			
17. Is uw kind overactief?			
18. Zit uw kind altijd te wiebelen, wriemelen of te wrijven?			

Huidige situatie: aandacht en concentratie

	JA	NEE	OPMERKINGEN
1. Is uw kind snel afgeleid?			
2. Zijn er problemen bij het luisteren naar een verhaal?			
3. Zijn er problemen bij het volgen van een T.V.-programma?			
4. Is uw kind vaak rusteloos?			
5. Is uw kind vaak afwezig?			
6. Heeft u het idee dat uw kind vaak niet luistert als u iets zegt?			
7. Zijn er problemen met inslapen/doorslapen of wakker worden?			
8. Kan uw kind slecht stilzitten?			

Samenvatting / eigen indrukken

	INVULLEN:
1. Kunt u kort beschrijven wat volgens u de grootste problemen van uw kind zijn?	
2. Heeft u een idee hoe uw kind zijn/haar problemen ervaart?	
3. Hoe ervaart u zelf de problemen van uw kind?	
4. Heeft u verder nog vragen of opmerkingen?	