

## KITS Vragenlijst voor ouders en kinderen

Naam Kind: .....

Geboortedatum: .....

### 1. Algemene vragen voor de ouders

Het is mogelijk om de vragen samen met uw kind in te vullen

Klacht(en) waarvoor hulp wordt gevraagd:  
( meerdere antwoorden zijn mogelijk)

|                                    |  |  |
|------------------------------------|--|--|
| <input type="radio"/> Obstipatie   | <input type="radio"/> Vaak ontlasten     | <input type="radio"/> Urineverlies overdag |
| <input type="radio"/> Ophoudgedrag | <input type="radio"/> Ontlastingsverlies | <input type="radio"/> Blaasontsteking      |
| <input type="radio"/> Buikpijn     | <input type="radio"/> Bedplassen         | <input type="radio"/> Vaak plassen         |

Anders, namelijk .....

Andere specialisten bij wie uw kind in behandeling is of is geweest:  
( meerdere antwoorden zijn mogelijk)

|                                       |   |  |
|---------------------------------------|---|--|
| <input type="radio"/> Kinderarts      | <input type="radio"/> Orthopedagoog               | <input type="radio"/> Maag-darm-leverarts    |
| <input type="radio"/> (Kinder)Uroloog | <input type="radio"/> Pedagogische medewerker     | <input type="radio"/> (Kinder)fysiotherapeut |
| <input type="radio"/> Psycholoog      | <input type="radio"/> Continentie verpleegkundige | <input type="radio"/> Geen                   |

Anders, namelijk .....

Datum en duur behandeling .....

Wat is de invloed van de klacht(en) van het kind binnen het gezin?

|                                    |                                      |                                    |
|------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="radio"/> Geen invloed | <input type="radio"/> Matige invloed | <input type="radio"/> Veel invloed |
|------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|

Zijn er anderen in het gezin of familie met soortgelijke problemen?

|                          |                           |                                |
|--------------------------|---------------------------|--------------------------------|
| <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nee | <input type="radio"/> Onbekend |
|--------------------------|---------------------------|--------------------------------|

Zo ja, wie? .....

Als u aan het probleem een cijfer tussen de 0 en 10 zou kunnen geven, welk cijfer zou u dan geven?

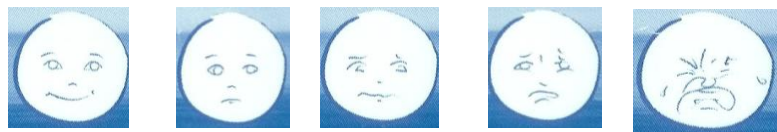
|                        |
|------------------------|
| 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
|------------------------|

En welk cijfer geeft uw kind ?

|                        |
|------------------------|
| 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
|------------------------|

Voor jonge kinderen

plaatje aankruisen



### 2. Korte voorgeschiedenis

Wanneer zijn de klachten begonnen. Indien er sprake is van meerdere klachten kunt u dit per klacht aangeven

Klacht 1: .....

Wanneer is deze klacht begonnen?

|   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> < 6 weken geleden   | <input type="radio"/> > 6 maanden    |
| <input type="radio"/> 6 weken - 6 maanden | <input type="radio"/> altijd bestaan |

Klacht 2: .....

Wanneer is deze klacht begonnen?

|   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> < 6 weken geleden   | <input type="radio"/> > 6 maanden    |
| <input type="radio"/> 6 weken - 6 maanden | <input type="radio"/> altijd bestaan |

Klacht 3: .....

Wanneer is deze klacht begonnen?  < 6 weken geleden  > 6 maanden  
 6 weken - 6 maanden  altijd bestaan

Hebben er medische onderzoeken plaatsgevonden?  Ja  Nee  
Zo ja, welke medische onderzoeken hebben er plaatsgevonden en wanneer? .....

Hebben er medische ingrepen, operaties plaatsgevonden in het bekkengebied?  Ja  Nee  
Zo ja, welke medische ingrepen, operaties in het bekkengebied hebben er plaatsgevonden en wanneer? .....

Zijn er problemen geweest tijdens de zwangerschap en/of de bevalling?  Ja  Nee

Na hoeveel weken zwangerschap is uw kind geboren? ..... Weken

De eerste ontlasting (meconium) kwam?  Binnen 24 uur  Na meer dan 48 uur  
 Binnen 24-48 uur  Onbekend

Heeft uw kind borstvoeding gehad?  Ja  Nee  
Zo ja, hoe is de overgang van borstvoeding naar flesvoeding verlopen?  geen probleem  moeizaam

Verloop zindelijkheidsproces voor ontlasting  
Voor 4e jaar  Spontaan  Moeizaam  
Na 4e jaar  Spontaan  Moeizaam

Verloop zindelijkheidsproces t.a.v. het plassen overdag.  
Voor 4e jaar  Spontaan  Klokplassen  Moeizaam  
Na 4e jaar  Spontaan  Klokplassen  Moeizaam

Verloop zindelijkheidsproces t.a.v. het plassen 's nachts.  
Voor 5e jaar  Goed  Nog niet of niet meer  
Na 5e jaar  Goed  Nog niet of niet meer

Is uw kind verder gezond?  Ja  Nee

Zo niet, wat is het probleem?

Is uw kind bovenmatig lenig?  Ja  Nee

Is er de afgelopen 2 maanden sprake geweest van hormoonveranderingen zoals beginnende groei schaambeharing, beginnende borstvorming, menstruatie?  Ja  Nee

### 3. Het gebruik van middelen / medicijnen door uw kind

Gebruikt uw kind middelen tegen obstipatie?  Ja  Nee

Zo ja, welke middelen zijn dit?

Gebruikt uw kind middelen tegen bedplassen?  Ja  Nee

Zo ja, welke middelen zijn dit?

Gebruikt uw kind middelen tegen de plasklachten? (niet bedplassen)  Ja  Nee

Zo ja, welke middelen zijn dit?

Gebruikt uw kind middelen tegen urineweginfecties?  Ja  Nee

Zo ja, welke middelen zijn dit?

Soort kuur:  Korte kuur  Onderhoudskuur

Gebruikt uw kind nog andere medicijnen?  Ja  Nee

Zo ja, waarvoor?

Maakt uw kind overdag gebruik van opvangmateriaal zoals een luier, up and go of een inlegkruisje?  Ja  Nee

### 4. Eet en drinkgewoontes

Hoeveel bekers drinkt uw kind per dag  < 4 bkr  4-6 bkr  > 6 bkr

Drinkt uw kind 's-nachts?  Ja  Nee  soms

Eet uw kind voldoende?  Ja  Nee  soms

Eet uw kind gevarieerd  Ja  Nee  soms

Eet uw kind aan tafel  Ja  Nee  meestal

### 5. Blaasontstekingen

Heeft uw kind ooit een blaasontsteking gehad?  Ja  Nee  Nee, ga verder bij vraag 6

Op welke leeftijd was er voor het eerst sprake van een blaasontsteking? ..... Jaar

Heeft uw kind op dit moment een blaasontsteking?  Ja  Nee

Zo ja, waaraan merkt u dat? meerdere antwoorden zijn mogelijk

Ongelukjes overdag  Ja  Nee  soms

Pijn bij het plassen  Ja  Nee  soms

Heftige aandrang  Ja  Nee  soms

's Nachts nat  Ja  Nee  soms

|                        |                          |                           |                            |
|------------------------|--------------------------|---------------------------|----------------------------|
| Bloed bij de urine     | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nee | <input type="radio"/> soms |
| Stinkende urine        | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nee | <input type="radio"/> soms |
| Koorts                 | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nee | <input type="radio"/> soms |
| Pijn in de nierstreek  | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nee | <input type="radio"/> soms |
| Anders, namelijk ..... |                          |                           |                            |

|                        |                             |                             |                                      |
|------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------------|
| Is de plas onderzocht? | <input type="radio"/> Ja    | <input type="radio"/> Nee   |                                      |
| Zo ja, met behulp van  | <input type="radio"/> Strip | <input type="radio"/> Kweek | <input type="radio"/> Strip en kweek |

|   |   |   |                                   |
|---|---|---|-----------------------------------|
| Wanneer was de laatste blaasontsteking? | <input type="radio"/> < 6 weken geleden | <input type="radio"/> 6 weken - 6 maanden | <input type="radio"/> > 6 maanden |
|---|---|---|-----------------------------------|

|  |                          |                           |                            |
|--|--------------------------|---------------------------|----------------------------|
| Is er irritatie, roodheid of jeuk bij de plasbuis? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nee | <input type="radio"/> soms |
| Zo ja, wat doet u daaraan? .....                   |                          |                           |                            |

|  |                          |                           |                            |
|--|--------------------------|---------------------------|----------------------------|
| Heeft uw dochter wel eens last van vaginale infecties? | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nee | <input type="radio"/> soms |
| Zo ja, wat doet u daaraan? .....                       |                          |                           |                            |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <b>6. Plasgewoonten en plasproblemen</b> | <b>Selecteer bij elke vraag het antwoord dat de afgelopen maand het meest van toepassing is geweest op uw kind</b> |  |  |
|--|--|--|--|

|                                |                                |                                |                                |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Hoe vaak plast uw kind overdag | <input type="radio"/> < 4 keer | <input type="radio"/> 4-8 keer | <input type="radio"/> > 8 keer |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|

|                                    |                          |                           |                            |
|------------------------------------|--------------------------|---------------------------|----------------------------|
| Heeft uw kind pijn bij het plassen | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nee | <input type="radio"/> soms |
|------------------------------------|--------------------------|---------------------------|----------------------------|

|  |  |  |                                      |
|--|--|--|--------------------------------------|
| Heeft uw kind overdag natte (onder)broeken (een plek van 1 euro geldt als nat) | <input type="radio"/> Ja                       | <input type="radio"/> Nee                            |                                      |
| Zo ja, hoe vaak  | <input type="radio"/> 1x per maand of minder   | <input type="radio"/> Een of meerdere malen per week | <input type="radio"/> Binnen het uur |
|  | <input type="radio"/> Meerdere malen per maand | <input type="radio"/> Dagelijks                      |                                      |

|                                     |                          |                           |                            |
|-------------------------------------|--------------------------|---------------------------|----------------------------|
| Druppelt uw kind na het plassen na. | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nee | <input type="radio"/> soms |
|-------------------------------------|--------------------------|---------------------------|----------------------------|

|                                     |  |  |                                      |
|-------------------------------------|--|--|--------------------------------------|
| Heeft uw kind plotselinge aandrang. | <input type="radio"/> Ja                       | <input type="radio"/> Nee                            |                                      |
| Zo ja, hoe vaak                     | <input type="radio"/> 1x per maand of minder   | <input type="radio"/> Een of meerdere malen per week | <input type="radio"/> Binnen het uur |
|                                     | <input type="radio"/> Meerdere malen per maand | <input type="radio"/> Dagelijks                      |                                      |

|                                    |  |  |  |
|------------------------------------|--|--|--|
| Lijkt uw kind aandrang te negeren. | <input type="radio"/> Ja                       | <input type="radio"/> Nee                            |  |
| Zo ja, hoe vaak                    | <input type="radio"/> 1x per maand of minder   | <input type="radio"/> Een of meerdere malen per week |  |
|                                    | <input type="radio"/> Meerdere malen per maand | <input type="radio"/> Dagelijks                      |  |

|   |   |                                       |                            |
|---|---|---------------------------------------|----------------------------|
| Gebruikt uw kind trucjes om droog te blijven. | <input type="radio"/> Ja                  | <input type="radio"/> Nee             | <input type="radio"/> soms |
| Zo ja welke trucjes?                          | <input type="radio"/> Hurkzit             | <input type="radio"/> Dicht drukken   |                            |
| (meerdere antwoorden zijn mogelijk)           | <input type="radio"/> Knie-hielzit        | <input type="radio"/> Wiebelen        |                            |
|   | <input type="radio"/> Knieën tegen elkaar | <input type="radio"/> Anders, nl..... |                            |

|   |                          |                           |                            |
|---|--------------------------|---------------------------|----------------------------|
| Sproeit uw kind de benen of toiletbril nat bij het plassen. | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nee | <input type="radio"/> soms |
|---|--------------------------|---------------------------|----------------------------|

|   |                               |                                  |                            |
|---|-------------------------------|----------------------------------|----------------------------|
| Gaat uw kind 's nachts uit zichzelf naar het toilet | <input type="radio"/> Ja      | <input type="radio"/> Nee        | <input type="radio"/> soms |
| Zo ja, hoe vaak                                     | <input type="radio"/> 1x keer | <input type="radio"/> > 1 x keer |                            |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| Stelt uw kind de eerste ochtendplas uit. | <input type="radio"/> Ja                       | <input type="radio"/> Nee                            |  |
| Zo ja, hoe vaak                          | <input type="radio"/> 1x per maand of minder   | <input type="radio"/> Een of meerdere malen per week |  |
|  | <input type="radio"/> Meerdere malen per maand | <input type="radio"/> Dagelijks                      |  |

## 7. Bedplassen

Selecteer bij elke vraag het antwoord dat de afgelopen maand het meest van toepassing is geweest op uw kind.

|   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| Is uw kind 's nachts nat                                      | <input type="radio"/> Ja                  | <input type="radio"/> Nee                    |  |
| Zo ja, hoe vaak?  | <input type="radio"/> < 1 keer per week   | <input type="radio"/> 3 - 5 maal per week    |  |
|   | <input type="radio"/> 1 - 2 maal per week | <input type="radio"/> 6 - 7 maal per week    |  |
| Zo ja, hoe nat is uw kind?                                    | <input type="radio"/> Druppels            | <input type="radio"/> Ondergoed of pyama nat | <input type="radio"/> Bed nat                          |
| Wordt uw kind uit bed gehaald om te plassen?                  | <input type="radio"/> Ja                  | <input type="radio"/> Nee                    | <input type="radio"/> soms                             |
| Zo ja, is uw kind moeilijk te wekken?                         | <input type="radio"/> Ja                  | <input type="radio"/> Nee                    |  |
| Is uw kind ten tijde van het wekken nog droog?                | <input type="radio"/> Ja                  | <input type="radio"/> Nee                    | <input type="radio"/> soms                             |
| Is uw kind dan in de ochtend droog?                           | <input type="radio"/> Ja                  | <input type="radio"/> Nee                    | <input type="radio"/> soms                             |
| Maakt uw kind 's nachts gebruik van opvangmateriaal.          | <input type="radio"/> Ja                  | <input type="radio"/> Nee                    | <input type="radio"/> soms                             |
| Zo ja, welk materiaal?  | <input type="radio"/> Inlegkruisje        | <input type="radio"/> maandverband           | <input type="radio"/> luier (broekje)                  |
| Is uw kind 's nachts langere periodes helemaal droog geweest? | <input type="radio"/> Ja                  | <input type="radio"/> Nee                    |  |
| Zo ja, hoe lang?  | <input type="radio"/> < 6 maanden         | <input type="radio"/> 6 maanden - 1 jaar     | <input type="radio"/> > 1 jaar                         |
| Wat is de reden dat het weer begon?                           |   |  |  |
| Is uw kind al eens behandeld voor bedplassen?                 | <input type="radio"/> Ja                  | <input type="radio"/> Nee                    |  |
| Indien ja, hoe ?  | <input type="radio"/> Beloning            | <input type="radio"/> Kalender               | <input type="radio"/> Droge bedtraining in een kliniek |
|   | <input type="radio"/> Medicatie           | <input type="radio"/> Plaswekkertraining     |  |
| Anders, namelijk  |   |  |  |
| Is uw kind bang in het donker?                                | <input type="radio"/> Ja                  | <input type="radio"/> Nee                    | <input type="radio"/> soms                             |
| Hoe laat gaat uw kind naar bed doordeweeks?                   | .....                                     |  |  |
| Ligt uw kind lang wakker?                                     | <input type="radio"/> Ja                  | <input type="radio"/> Nee                    | <input type="radio"/> soms                             |
| Hoe laat staat uw kind op doordeweeks?                        | .....                                     |  |  |
| Zijn er andere familieleden die in bed plassen?               | <input type="radio"/> Ja                  | <input type="radio"/> Nee                    |  |
| Zo ja wie?  | .....                                     |  |  |
| Tot welke leeftijd?   | .....                                     |  |  |

## 8. Ontlastingsgewoonten en ontlastingsproblemen.

Selecteer bij elke vraag het antwoord dat de afgelopen maand het meest van toepassing is geweest op uw kind

Hoe vaak heeft uw kind per week ontlasting?  < 3 x per week  5 x per week  > 2x per dag

om de dag  dagelijks

Is de ontlasting hard of pijnlijk?  Ja  Nee  soms

Heeft uw kind wel eens een zeer grote hoeveelheid in één keer? (olifantendrol)  Ja  Nee

Zo ja, hoe vaak?  1 x per week  1x per 14 dagen  1x per maand

Verliest uw kind ontlasting?  Ja  Nee

Zo ja, hoeveel?  remspoor  veeg  veel

Zo ja, hoe vaak?  af en toe  dagelijks  meerdere keren /dag

Wanneer gebeurt dat meestal?  's Ochtends  's Nachts  Wisselend

's Middags  De hele dag

Wat doet uw kind met een vieze broek?  negeert en loopt door  verstopt vieze onderbroek  
 trekt schone broek aan  speelt/smeert met ontlasting

Hoe reageert uw kind op aandrang?  gaat naar toilet  Stelt uit  houdt op

Heeft uw kind bloed bij de ontlasting?  Ja  Nee  soms

Mijn kind heeft klysmas gehad?  nooit  een enkele keer  regelmatig

## 9. Buikpijnklachten

Selecteer bij elke vraag het antwoord dat de afgelopen maand het meest van toepassing is geweest op uw kind

Heeft uw kind buikpijn?  Ja  Nee  soms

Zo ja, in welke situatie vermindert de pijn?  Voor het eten  Voor het ontlasten  Tijdens het ontlasten  
 Na het eten  Na het ontlasten

Hebben de buikpijnklachten een relatie met  Spanning  Obstipatie  
 Veranderde samenstelling van de ontlasting  Onbekend

Heeft uw kind daarnaast ook klachten?  Geen  Gewrichtspijn  
 Hoofdpijn  Rugklachten

Mijn kind  Is vaak misselijk  Groeit slecht  Heeft vaak diarree  
meerdere antwoorden zijn mogelijk  Heeft regelmatig afters in de mond  Moet vaak braken  Heeft verminderde eetlust  
 Heeft vaak last van de ogen  Heeft opgeblazen bolle buik  Is vaak hangerig; heeft weinig zin in activiteiten  
 geen van deze uitspraken

## 10. Speciale vragen voor het kind

### 10a Algemeen

Naar welke school ga je.  Basis onderwijs  Buitengewoon onderwijs  Voorgezet onderwijs

In welke groep/ richting / jaar zit je. ....

Ga je graag naar school ?  Ja  Nee  soms

Heb je vrienden(jes) of vriendinnen(tjes.)  Ja  Nee

Wat doe je graag?. ....

Wat vind je echt niet leuk om te doen. ....

Doe je aan sport of andere hobby 's.  Ja  Nee

Welke sport / hobby en hoe vaak. ....

Speel je vaak buiten.  Ja  Nee  soms

Wat doe je dan. ....

Waar kunnen wij je bij helpen? .....

Wil je daar zelf iets aan gaan doen?  Ja  Nee  weet niet

Vind je het vervelend over je probleem te praten?  Ja  Nee  soms

Wordt je gepest?  Ja  Nee  soms

Heb je vervelende onderzoeken gehad?  Ja  Nee

Zo ja, wat vond je daaraan vervelend? .....

### 10b. Toiletgewoontes en -houding

Hoe zit je op het toilet?  met voeten op de grond of op een bankje  steunend op de handen  rechtop  
 met een brilverkleiner  doorgezakt  geen idee

Neem je de tijd om rustig te plassen  Ja  Nee  soms

Neem je de tijd om rustig te poepen.  Ja  Nee  soms

Ga je op school naar de wc.  Ja  Nee  soms

Ga je gewoon zitten op een vreemde wc.  Ja  Nee  soms

Veeg jezelf af?  Ja  Nee  soms

Maak je gebruik van speciale doekjes  Ja  Nee  soms

Zo ja, welke? .....

## 11. Tot slot

|  |   |   |                                   |
|--|---|---|-----------------------------------|
| Hoe is de gezinssamenstelling? .....   |   |   |                                   |
| Het kind is ( voor zover van toepassing )  | <input type="radio"/> Oudste                | <input type="radio"/> middelste                       | <input type="radio"/> pleegkind   |
|  | <input type="radio"/> Jongste               | <input type="radio"/> groot leeftijdsverschil         |                                   |
| Zijn er bijzonderheden / problemen thuis?  | <input type="radio"/> Ja                    | <input type="radio"/> Nee                             |                                   |
| Indien ja, welke situatie was van toepassing?                                      | <input type="radio"/> Overlijden gezinslid  | <input type="radio"/> Scheiding                       | <input type="radio"/> Verhuizing  |
|  | <input type="radio"/> Overlijden opa/oma    | <input type="radio"/> Spanningen thuis                |                                   |
|  | Anders                                      |   |                                   |
| Zijn er bijzonderheden/problemen op school?  | <input type="radio"/> ja                    | <input type="radio"/> nee                             | <input type="radio"/> soms        |
| Heeft uw kind problemen (gehad) met:   |   |   |                                   |
| Het evenwicht ( klimmen, schommelen e.d.)  | <input type="radio"/> ja                    | <input type="radio"/> nee                             | <input type="radio"/> soms        |
| Het aanleren van vaardigheden zoals veters strikken, zwemmen.                      | <input type="radio"/> ja                    | <input type="radio"/> nee                             | <input type="radio"/> soms        |
| Het starten of uitvoeren van een opdracht.   | <input type="radio"/> ja                    | <input type="radio"/> nee                             | <input type="radio"/> soms        |
| Het zich aanpassen aan veranderingen of onverwachte situaties.                     | <input type="radio"/> ja                    | <input type="radio"/> nee                             | <input type="radio"/> soms        |
| Vindt uw kind het vervelend om geknuffeld te worden?                               | <input type="radio"/> ja                    | <input type="radio"/> nee                             | <input type="radio"/> soms        |
| Is uw kind vies van plas en poep?  | <input type="radio"/> ja                    | <input type="radio"/> nee                             | <input type="radio"/> soms        |
| Is uw kind bang om naar het toilet te gaan?  | <input type="radio"/> ja                    | <input type="radio"/> nee                             | <input type="radio"/> soms        |
| Indien soms of ja, wat is de reden ?   |   |   |                                   |
|  | <input type="radio"/> Angst voor pijn       | <input type="radio"/> Smetvrees                       |                                   |
|  | <input type="radio"/> Angst voor het toilet | <input type="radio"/> Anders                          |                                   |
| Indien uw kind urine en/of ontlasting verliest hoe gaat u om met de vieze broeken? |   |   |                                   |
| (meerdere antwoorden zijn mogelijk).   | <input type="radio"/> Vindt het niet erg    | <input type="radio"/> aanvankelijk boos, nu niet meer | <input type="radio"/> Gelaten     |
|  | <input type="radio"/> Soms boos, soms niet  | <input type="radio"/> Medelijden met het kind         |                                   |
| Hebben u en uw partner dezelfde manier van omgaan met dit probleem?                |   |   |                                   |
|  | <input type="radio"/> Ja                    | <input type="radio"/> Nee                             | <input type="radio"/> Grotendeels |
| Wat heeft u geprobeerd om uw kind te helpen?                                       |   |   |                                   |
|  | <input type="radio"/> Voeding aanpassen     | <input type="radio"/> Belonen                         | <input type="radio"/> Negeren     |
|  | <input type="radio"/> Drinken aanpassen     | <input type="radio"/> Hulp zoeken                     | <input type="radio"/> Straffen    |
|  | <input type="radio"/> Naar toilet sturen    |   |                                   |
|  | Anders                                      |   |                                   |
| Is uw kind gemotiveerd om wat aan de klacht te doen?                               | <input type="radio"/> Ja                    | <input type="radio"/> Nee                             |                                   |
| Heeft uzelf tijd en energie om wat aan de klacht van uw kind te doen?              | <input type="radio"/> Ja                    | <input type="radio"/> Nee                             |                                   |
| Heeft u behoefte aan een gesprek zonder dat uw kind erbij is ?                     | <input type="radio"/> Ja                    | <input type="radio"/> Nee                             |                                   |