**

Gewoontelijst

Naam kind: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Naam onthaalouder: …………………………………………………………………………..................................................................

**Voeding :**

* Hoe merk je dat je kindje honger krijgt?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

* Wanneer eet je kindje en hoeveel eet hij/zij dan? ……………………………………………………………….……………………………..……….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* Borstvoeding/flessenvoeding/combinatie van beide?. ...............................................................................................................................................................................................
* Indien je aan het overschakelen bent van borst- naar flessenvoeding, hoe verloopt de overgang? ............................................................................................................................................................................................................
* Wat eet je kindje graag? …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Niet graag?………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Zijn er specifieke eetgewoontes in je gezin of is er iets wat je kind niet mag eten? ............................................................................................................................................................................................................

* Hoe eet je kindje? (zelfstandig, in de stoel, op de arm, het eten gemixt, geplet, alles apart…) …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* Wat drinkt je kindje? (tussendoor en bij het eten) …………………………………………………………………………………………………………..
* Zijn er bepaalde voedselallergieën? (indien dit het geval zou zijn, gelieve dan aan de onthaalouder voedingsadviezen van de arts door te geven. Op deze manier kan ze op gepaste wijze het dieet volgen) ............................................................................................................................................................................................................

**Slapen :**

* Hoe merk je dat je kindje moe is?……………………………………………………………………………………………………………………………
* Hoeveel keer slaapt je kindje en hoelang duren deze dutjes?...........................................................................................
* Op welke tijdstippen?………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* Hoe is de slaaphouding (Rug, zijligging (welke zij))…………………………………………………………………………………………………
* Heeft je kindje een tutje, een knuffel?……………………………………………………………………………………………………………………
* Slaapt je kindje in een slaapzak?................................................................................................................................................
* Is het donker of licht op de slaapkamer?………………………………………………………………………………………………………………..
* Hoe valt je kindje in slaap? Weent het bij het inslapen (hoelang)?…………………………………………………………………………

**Spelen :**

* Hoe merk je dat je kindje zich verveelt?................................................................................................................................
* Waarmee speelt je kindje het liefst?………………………………………………………………………………………………………………………
* Kan je kindje goed alleen spelen (wanneer speelt het alleen, hoelang en met welk speelgoed)? ……………………………….........................................................................................................................................................................

**Welbevinden**

* Waar wordt je kindje vrolijk van?................................................................................................................................................
* Zijn er moeilijke momenten doorheen de dag?.....................................................................................................................
* Wat maakt je kind ongelukkig?...................................................................................................................................................
* Hoe troost je hem/haar dan?.....................................................................................................................................................
* Hoe merk je dat je kind een vuile luier heeft?........................................................................................................................
* Is je kindje al ooit bij iemand anders geweest (grootouders, tante/nonkel, babysit,….)? Hoe is dit verlopen?

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

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

**Gezondheid:**

* Wordt je kindje opgevolgd omwille van bepaalde gezondheidsproblemen? Zo ja, welke................................................................................................................................................................................................
* Zijn er bepaalde adviezen die je (kinder)arts heeft gegeven? Zo ja breng dan zeker je onthaalouder op de hoogte………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* Zijn er bepaalde medicijnen die je kindje krijgt?...................................................................................................................
* Is je kindje allergisch voor bepaalde medicijnen? zo ja aan welke?................................................................................

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dagverloop:** (Opstaan, eten, slapen, spelen, stoelgang/pipi, zijn er moeilijke momenten/huiluurtje) :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….........................................................................................................................................................................................................................\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Opmerkingen :**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………