

# Bestemd voor ouders / verzorgers

## Aanmeldingsformulier voor Cogmed

**NB. Wij vragen u deze vragenlijst zo volledig mogelijk in te vullen om zo een volledig beeld te verkrijgen van de mogelijke werkgeheugenproblemen van uw kind. Vervolgens wordt in overleg met u bepaald of de Cogmed Werkgeheugen Training aansluit bij de problematiek van uw kind.**

### **Cogmed Werkgeheugen Training: informatie**

De Cogmed Werkgeheugen Training is een softwareprogramma dat ontwikkeld is voor het verbeteren van het werkgeheugen bij kinderen en jeugdigen met concentratiestoornissen en/of problemen met het werkgeheugen.

De Cogmed Werkgeheugen Training is een computerprogramma (via internet) waarmee kinderen gedurende een intensieve periode geheugen oefeningen doen. De training vindt in principe thuis plaats onder begeleiding van een volwassene. Het gehele proces wordt begeleid door een gekwalificeerde Cogmed Coach, met wie u gedurende het traject wekelijks contact heeft om de voortgang te bespreken. Cogmed is een adaptief programma; dat wil zeggen dat het zich automatisch aanpast aan het niveau van uw kind.

De Cogmed Werkgeheugentraining wordt geboden voor kinderen en jeugdigen vanaf 4 jaar.

Gepubliceerde klinische studies hebben aangetoond dat na het voltooien van de Cogmed Werkgeheugen Training bij 80% van de deelnemers het vermogen om zich te concentreren en gebruik te maken van complexe redeneervaardigheden duidelijk verbeterd is.

<b>Datum invullen</b>	
<b>Naam invuller</b>	

**Contactgegevens:**

<b>Gegevens moeder</b>	<b>Gegevens vader</b>
Achternaam en voorletters	Achternaam en voorletters
Adres	Adres
Telefoonnummer vast Telefoonnummer mobiel	Telefoonnummer vast Telefoonnummer mobiel
E-mailadres	E-mailadres
Wie heeft het ouderlijk gezag? <input type="checkbox"/> vader <input type="checkbox"/> moeder <input type="checkbox"/> beide ouders <input type="checkbox"/> anders, namelijk .....	

<b>Gegevens kind</b>	
Achternaam	Geslacht            m / v *
Voornamen	Geboortedatum
Roepnaam	Geboorteplaats
Adres	Telefoonnummer
Postcode	BSN-nummer
	ID-nummer
Plaats	Nationaliteit
Gezinssamenstelling	
School	Huidige groep
Is er sprake geweest van een doublure? <input type="checkbox"/> Ja, in groep..... <input type="checkbox"/> Nee	

\*omcirkel wat van toepassing is

## Praktische informatie

Heeft u thuis toegang tot internet?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Beschikt u thuis over een rustige plek waar uw kind kan oefenen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Is er iemand die samen met uw kind kan oefenen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

<b>Heeft er eerder psychologisch onderzoek en/of diagnosestelling plaatsgevonden?</b>	
<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja	In welk jaar? .....
Indien ja; wilt u dan het bijbehorende verslag als bijlage toevoegen?	
Onderzoeker / instelling	Plaats:

<b>Zijn er op de basisschool problemen met:</b>	
Technisch lezen	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, sinds groep ...
Begrijpend lezen	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, sinds groep ...
Spellen	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, sinds groep ...
Rekenen	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, sinds groep ...
Tafels leren	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, sinds groep ...

<b>Heeft uw kind moeite (gehad) met</b>
<input type="checkbox"/> Aanleren van liedjes of versjes <input type="checkbox"/> Rijmen <input type="checkbox"/> Onthouden en opzeggen dagen van de week <input type="checkbox"/> Aanleren van kleuren, letters en cijfers <input type="checkbox"/> Tijdsbegrip (ochtend – middag - avond of vroeg - laat) <input type="checkbox"/> Onthouden van namen van kinderen waarbij hij/zij minimaal 1 jaar in de klas zit

<b>Is uw kind onderzocht / behandeld door een:</b>
Psychiater / psychotherapeut? <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja* Naam/instelling: _____ in jaar: _____
Neuroloog? <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja* Naam/instelling: _____ in jaar: _____

Psycholoog / orthopedagoog? <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja* Naam/instelling:	in jaar:
Anders, namelijk:  Naam/instelling:	in jaar:

\* wilt u het bijbehorende verslag als bijlage toevoegen

<b>Is er sprake van een autisme spectrum stoornis?</b> <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja	
<b>Is er sprake van ADD / ADHD?</b> <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja	
<b>Gebruikt uw kind medicatie?</b> <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, naam medicatie:	sinds:

Waar heeft uw kind moeite mee?
Hoe kijkt uw kind zelf aan tegen deze moeilijkheden?
Wat zijn positieve kanten van uw kind?

**Vragen met betrekking tot het werkgeheugen**

Is uw kind snel afgeleid door dingen om hem of haar heen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> N.v.t.
Heeft uw kind moeite om zich te concentreren op taken als klusjes of huiswerk?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> N.v.t.
Vindt uw kind het moeilijk om meerdere instructies achter elkaar op te volgen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> N.v.t.
Heeft uw kind moeilijkheden met taken die uit meerdere stappen bestaan?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> N.v.t.
Kan uw kind makkelijk met een activiteit beginnen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> N.v.t.
Kan uw kind makkelijk een activiteit afronden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> N.v.t.
Vindt uw kind het moeilijk om huiswerk/weektaak te plannen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> N.v.t.
Heeft uw kind moeite met het onthouden van een geschreven tekst en moet uw kind het een paar keer opnieuw lezen voordat het begrepen wordt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> N.v.t.
Heeft uw kind moeite met het oplossen van rekenopgaven waarbij het nodig is om veel informatie te onthouden (bijv. hoofdrekensommen)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> N.v.t.
Is uw kind wel eens vergeetachtig/dingen kwijt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> N.v.t.
Doet uw kind dingen langzaam?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> N.v.t.
Dagdroomt uw kind vaak?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> N.v.t.
Loopt uw kind weleens vast als hij meerdere dingen tegelijk doet?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> N.v.t.
Vindt uw kind het moeilijk om stil te zitten op school?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> N.v.t.
Is uw kind vaak extreem druk?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> N.v.t.
Begint uw kind vaak aan een activiteit en gaat dan over op een andere activiteit voordat hij de eerste heeft afgerond?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> N.v.t.
Verliest uw kind vaak zijn of haar geduld? Wanneer?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> N.v.t.
Vindt uw kind het moeilijk om op zijn beurt te wachten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> N.v.t.
Vindt uw kind het moeilijk met een tegenslag of teleurstelling om te gaan?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> N.v.t.

**Vragen over eventuele andere probleemgebieden**  
**Is er recent (of in het verleden) sprake geweest van:**

- Een epileptische aanval	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja, recent	<input type="checkbox"/> Ja, in het verleden
- Tic(s)	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja, recent	<input type="checkbox"/> Ja, in het verleden
- Depressieve periodes	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja, recent	<input type="checkbox"/> Ja, in het verleden
- Periodes van hevige angsten	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja, recent	<input type="checkbox"/> Ja, in het verleden
- Slaapproblemen	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja, recent	<input type="checkbox"/> Ja, in het verleden
- Eetproblemen	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja, recent	<input type="checkbox"/> Ja, in het verleden
- Extreme hoofdpijn	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja, recent	<input type="checkbox"/> Ja, in het verleden
- Stress	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja, recent	<input type="checkbox"/> Ja, in het verleden
- Faalangst	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja, recent	<input type="checkbox"/> Ja, in het verleden
- Oog/zichtproblemen	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja, recent	<input type="checkbox"/> Ja, in het verleden
- Gehoorproblemen	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja, recent	<input type="checkbox"/> Ja, in het verleden
- Werkhoudingproblemen	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja, recent	<input type="checkbox"/> Ja, in het verleden
- Motorische problemen	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja, recent	<input type="checkbox"/> Ja, in het verleden

**Eventuele opmerkingen:**

**Zijn er in de (vroeg)kinderlijke ontwikkeling medische bijzonderheden geweest, die nog niet in deze vragenlijst genoemd zijn?**

Nee       Ja (Indien ja; wilt u dan een toelichting geven?)

<p><b>Ondertekening voor aanmelding</b>  Ondergetekende(n) geeft (geven) hierbij toestemming voor het opnemen van de persoonsgegevens in de bestanden van praktijk Dekker&amp;Dooyeweerd.</p>	
<p><b>Naam opdrachtgever</b></p>	<p><b>Datum</b></p>
<p><b>Plaats</b></p>	<p><b>Handtekening</b></p>
<p><b>NB.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Indien er sprake is van gescheiden ouders en gedeeld gezag, dan geeft u met ondertekening van dit formulier aan dat de andere ouder op de hoogte en akkoord is met deze aanmelding.</li> <li>- Wilt u bij de aanmelding het volgende meesturen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Een verwijfsbrief van uw huisarts</b> (kinderarts / kinder- en jeugdpsychiater) voor een doorverwijzing naar de eerstelijns psychologische zorg of <b>een beschikking van de gemeente.</b></li> </ul> </li> </ul>	

U kunt het ingevulde formulier opsturen naar:

**Praktijk Dekker & Dooyeweerd**  
**Ericalaan 6a**  
**6711 MZ Ede**

Wij zullen, na ontvangst van dit formulier, zo spoedig mogelijk contact met u opnemen.