

# Kiropraktik

(Spørgeskema om barnet)

Udfyld venligst ved 1. konsultation. Svar på spørgsmålene så godt du kan. Svarene er meget vigtige for os for at kunne give dig den bedst mulige behandling. Er du i tvivl, så spring spørgsmålet over og gå videre. Vi gennemgår skemaet igen ved konsultationen.

Navn: \_\_\_\_\_ Dato: \_\_\_\_\_

CPR: \_\_\_\_\_

Kommer du/I til forebyggende undersøgelse af dit/jeres barn?  Ja  Nej

Har du/I bekymringer angående jeres barns sundhed? Hvis ja, skriv hvilke:

---

---

---

Er der nogen, der har anbefalet dig at opsøge en kiropraktor?

 Nej  Ja, i så fald hvem? \_\_\_\_\_**Forløb af graviditet:**

Har der under graviditeten været nogle komplikationer eller gener for dig/moren eller barnet?

 Nej  
 Ja, hvilke? \_\_\_\_\_**Detaljer omkring fødslen kan være vigtig information i relation til ledmæssige problemer:**

Født i uge \_\_\_\_\_ Vægt \_\_\_\_\_ Længde \_\_\_\_\_

Var fødslen ukompliceret?  Ja  Nej Hvis nej, venligst kryds af: Sædefødsel  Stjernekidger  Kejsersnit  
 Tang  Sugekop  Andet: \_\_\_\_\_Var barnets hoved skævt de første døgn efter fødslen?  Nej  Ja

Antal børn \_\_\_\_\_ Fødselens varighed/antal timer \_\_\_\_\_ Pressefasens varighed \_\_\_\_\_

**Barnets første 6 måneder:**Hvordan vil du beskrive dit barns spisevaner?  Gode  Rimelige  Dårlige  ElendigeHvordan sover dit barn?  Godt  Rimeligt  Dårligt  Elendigt

Hyppighed af afføring? \_\_\_\_\_

Fik/får barnet bryst?  Nej  Ja - hvor længe? \_\_\_\_\_Blev/bliver barnet ammet ligeligt ved højre og venstre bryst?  Nej  JaBlev/bliver der givet modermælkesstatning?  Nej  Ja, fra hvilken alder? \_\_\_\_\_

Var/er barnet "kolikbarn"?

Ja, slemt  Ja, i lettere grad  Nej

**Nuværende:**

Følger barnet den normale vækstkurve?

Nej  Ja

Hvordan sover dit barn?

Dårligt

Rimelig godt  Godt

Er du bekymret vedr. dit barns hovedfacon?

Nej  Ja

Følger barnet Sundhedsstyrelsens vaccinationsprogram

Nej  Ja

- Hvis ja, har der været reaktion på vaccinationerne?

Nej  Ja

**Observationer under første leveår:**

Barnet har/ har haft en tendens til at bøje hovedet bagover:  
(fx når det sover eller når det bæres på armen)

Nej  Ja

Barnet har/ har haft en favoritside:

Nej

Ja

Højre

Venstre

Barnet hoved tilter/tiltede til den ene side:

Nej

Ja

Højre

Venstre

Barnet ligger/ lå i en c-formet kurve:

Nej

Ja

**Andre problemer (venligst sæt en cirkel omkring):**

Forstoppelse

Indlæringsproblemer

Dårlig appetit

Hovedpine

Diarré

Adfærdsvanskeligheder

Lændesmerter

Bihulebetændelse

Hyperaktivitet

Koordinationsbesvær

Brystrygsmerter

Hjernerystelse

Svært ved at få/holde

Ørepine

Svagt immunforsvar

Sengevædning

opmærksomhed

Øreinfektioner

Nakkesmerter

Køresyge

Sociale problemer

Astma

"Vokseværk"

Koncentrations-besvær

Allergier

Ledsmerter

**Øvrige spørgsmål:**

Har dit barn kravlet?  Nej

Ja, i hvilken alder? \_\_\_\_\_

Har dit barn gået?  Nej

Ja, i hvilken alder? \_\_\_\_\_

Har dit barn været indlagt på sygehus?  Nej  Ja, for hvad? \_\_\_\_\_

Har dit barn haft nogen fald/ulykker af nævneværdig grad?

Nej

Ja

Har dit barn fået penicillin

Nej

Ja

- hvis ja, hvor mange gange?

Har dit barn nogensinde fået receptpligtig medicin?



Har dit barn modtaget anden form for vurdering, undersøgelse, behandling eller træning?

Nej  Ja, nævn hvad? \_\_\_\_\_

Har I nogen former for allergier eller andre arvelige sygdomme?

Nej  Ja, nævn hvilke? \_\_\_\_\_

Er der andre ting, du ønsker kiropraktoren bør vide om dit barn og/eller barnets familie?

---

---

---

**Ønsker du et nyhedsbrev fra klinikken?**

Nej  
 Ja - skriv din e-mailadresse: \_\_\_\_\_

Skemaet afleveres til sekretæren efter udfyldelse. Mange tak.

