

# Kiropraktik

Udfyld venligst ved første 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. Skriv gerne med blokbogstaver

**Barnets navn:** \_\_\_\_\_ **Cpr:** \_\_\_\_\_

**Forældres navne** \_\_\_\_\_ **Dato** \_\_\_\_\_

**Forældres email:** \_\_\_\_\_ **Tlf:** \_\_\_\_\_

**Hvad er grunden til, at I kommer?** \_\_\_\_\_

**Er der noget der forværrer dit barns gener?** \_\_\_\_\_

**Er der noget der forbedrer dit barns gener?** \_\_\_\_\_

**Har symptomerne medført adfærdsændring ved dit barn?**  Nej  Ja

Hvis ja, Hvilke? \_\_\_\_\_

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:

Kejsersnit  Stjernekidger  Sugekop  Andet: \_\_\_\_\_

**Var barnets hoved skævt de første døgn efter fødslen?**  Ja  Nej

**Antal søskende:** \_\_\_\_\_

Barnets 0-6 måneder:

**Hvordan vil du beskrive dit barns spisevaner:**  Gode  Rimelige  Dårlige  Elendige

**Hvordan vil du beskrive dit barns søvn:**  God  Rimelig  Dårlig  Elendig

**Hyppeghed af afføring:** \_\_\_\_\_

**Følger barnet den normale vækstkurve?**  Nej  Ja

# Kiropraktik

## Aktuelt:

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

Forstoppelse

Diarré

Hyperaktivitet

Svært ved at få/holde  
opmærksomhed

Hovedpine

Køresyge og eller søsyge

Øreinfektion

Astma

Allergier

Dårlig appetit

Svagt immunforsvar

Syn

Hørelse

Vokseværk/smerter

Andet: \_\_\_\_\_

Andet: \_\_\_\_\_

Andet: \_\_\_\_\_

Andet: \_\_\_\_\_

Andet: \_\_\_\_\_

## Barn 3 år

Personligt/Socialt	Ja	Nej
Barnet kan selv tage bluse på		
Barnet kan hjælpe med borddækning		

Sprog	Ja	Nej
Barnet kan tale rent		
Barnet kan tale i sætninger		

Fin motorik	Ja	Nej
Barnet kan gribe stor bold med samlede albuer		
Barnet kan sætte legoklodser sammen		
Barnet kan imitere lodret linie og cirkel		

Grovmotorik	Ja	Nej
Barnet kan gå og løbe		
Barnet kan køre tre-hjulet cykel		
Barnet kan kravle op på rutchebaner mv.		
Barnet kan stå på 1 ben på 1 sek (øjne åbne)		

# Kiropraktik

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

Nej  Ja, hvad? \_\_\_\_\_

**Fejler dit barn andet, fx sygdomme, indlæggelser osv?**

\_\_\_\_\_

**Har I nogen former for allergier eller andre arvelige sygdomme?**

Nej  Ja, hvilke? \_\_\_\_\_

**Reagerer eller har dit barn reageret på diverse vaccinationer eller medicin?**  Nej  Ja

- Hvis ja, hvordan? \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Giver du samtykke til korrespondance / udveksling af oplysninger med andre fagpersoner (ofte egen læge eller sundhedsplejerske)?**

Nej  Ja

**Ønsker du et nyhedsbrev fra Kiropraktorguiden?**

Nej  Ja, skriv din e-mailadresse? \_\_\_\_\_

**Er i henvist til klinikken?**  Nej  Ja

Hvis ja, af hvem?

Sundhedsplejerske  Børnefysioterapeut  Facebook  Internet

Læge  Zoneterapeut  Ergoterapeut  Andet: \_\_\_\_\_

**Hvilken kiropraktor er I anbefalet til?**

Grethe Thøstesen  Thomas Damsgaard

John Sandsberg

Mathilde Christensen

Skemaet afleveres til sekretæren efter udfyldelse. Mange tak.