

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 Stjernekigger 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 4 år

Personligt/Socialt	Ja	Nej
Barnet kan lege rolleleg		
Barnet kan klare påklædning uden hjælp		

Sprog	Ja	Nej
Barnet kender 4 farver		
Barnet kan definere modsætninger		

Fin motorik
Barnet kan gribe en bold med hænderne
Barnet kan kaste en bold retningsbestemt
Barnet kan imitere kvadrat og kryds
Barnet kan knappe sit tøj

Grovmotorik	Ja	Nej
Barnet kan hoppe 1 hop på det bedste ben (dominante ben)		
Barnet kan stå på 1 ben (3-4 sek, åbne øjne)		
Barnet kan gå ned ad trapper, 1 ben ad gangen		

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.