

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.

Barnets navn: _____ **Dato:** _____

Barnets CPR: _____

Forældres navne: _____

Forældres telefonnummer: _____

Forældres e-mailsadresse: _____

Hvad er grunden til, at I kommer?

Er i henvist til klinikken? Nej Ja

Hvis ja, af hvem?

Sundhedsplejersk Børnefysioterapeut Facebook Internet
 Læge Zoneterapeut Ergoterapeut Andet: _____

Hvilken kiropraktor er I anbefalet til?

Grethe Thøstesen Thomas Damsgaard
 John Sandsberg
 Mathilde Christensen

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 Stjernekidder
 Sugekop Andet: _____

Kiropraktik

Var barnets hoved skævt de første døgn efter fødslen?

Ja Nej

Fødselens varighed / antal timer: _____ Pressefasens varighed: _____ 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

Hypighed af afføring: _____

Fik / Får dit barn bryst? Nej Ja - Hvor længe / til hvilken alder? _____

Hvor lang tid tager en amning? _____ Hvor længe er der imellem hver amning? _____

Blev / Bliver dit barn ammet ligeligt ved højre og venstre bryst? Nej Ja

Blev / Bliver der giver modermælkserstatning? Nej Ja - Fra hvilken alder? _____

Græder barnet meget? Ja, meget Ja, lidt Nej

Følger barnet den normale vækstkurve? Nej Ja

Er du bekymret for barnets hovedfacon? Nej Ja

Følger barnet Sundhedsstyrelsens vaccinationsprogram? Nej Ja

- Hvis ja, har der været reaktion på vaccinationerne? Nej Ja

Aktuelt:

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

Barnets hoved tilter / tildede til den ene side. Nej Ja Højre Venstre

Barnet ligger / lå i en C-formet kurve? Nej Ja

Andre problemer (sæt venligst en cirkel omkring):

Forstoppelse

Astma

Andet: _____

Diarré

Allergier

Andet: _____

Hyperaktivitet

Dårlig appetit

Andet: _____

Svært ved at få / holde

Svagt immunforsvar

Andet: _____

opmærksomhed

Øreinfektion

Andet: _____

Kiropraktik

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? Ja, i hvilken alder? 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 fået receptpligtig medicin? Nej Ja

- hvis ja, hvilken og / eller for hvad? _____

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

Nej Ja, hvad? _____

Har I nogen former for allergier eller andre arvelige sygdomme?

Nej Ja, hvilke? _____

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? _____

Skemaet afleveres til sekretæren efter udfyldelse. Mange tak.