

# 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: \_\_\_\_\_

**Hvis Ja, Hvilken kiropraktor er I anbefalet til?**

- Grethe Thøstesen  
 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

Fødsels 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 modermælkeserstatning?  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.  
Skemaet bliver scannet ind i journalen og derefter makuleret.