

# 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

Astma

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

Diarré

Allergier

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

Hyperaktivitet

Dårlig appetit

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

Svært ved at få/holde  
opmærksomhed

Svagt immunforsvar

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

Hovedpine

Syn

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

Køresyge og eller søsyge

Hørelse

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

Øreinfektion

Vokseværk/smerter

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

## Barn 1 år

Personligt/Socialt	Ja	Nej
Barnet kan drikke af en kop		
Barnet kan trille en bold		
Barnet kan vinke farvel		
Barnet kan selv tage tøj af		
Barnet kan spise med ske		
Barnet kan udpeje 2 billeder		

Fin motorik	Ja	Nej
Barnet kan slå 2 klodser sammen		
Barnet kan putte ting i en kop		
Barnet kan spise selv med fingrene		
Barnet kan tegne kruseduller		
Barnet kan bygge tårn af 4 klodser		
Barnet kan kaste bold, overhåndskast		

Sprog	Ja	Nej
Barnet kan sige 1-2 forståelige ord		
Barnet kan forstå simple kommandoer		
Barnet kan sætninger på 2 ord		
Barnet kan 3-6 ord		
Barnet kan udføre simple kommandoer		

Grovmotorik	Ja	Nej
Barnet kravler (også op ad trapper)		
Barnet kan stå/gå, med/uden støtte		
Barnet kan rejse/sætte sig		
Barnet kan gå (evt bredsporet)		
Barnet kan gå baglæns		
Barnet kan gå op af trapper		
Barnet kan løbe		

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

**Hvis ja, hvilken kiropraktor er I anbefalet til?**

Grethe Thøstesen  
 John Sandsberg  
 Mathilde Christensen

Skemaet afleveres til sekretæren efter udfyldelse. Mange tak.  
Skemaet bliver scannet ind i journalen og derefter makuleret.