

Kiropraktik

Udfyld venligst ved første konsultation. Svar på spørgsmålene så godt du kan. Svarene er meget vigtige for os for at kunne give dit barn 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: _____

Er barnet medlem af Sygeforsikring "Danmark": Ja Nej

Hvad er grunden til, at I kommer? _____

Er i henvist til klinikken? Nej Ja

Hvis ja, af hvem?

Sundhedsplejerske Børnefysioterapeut Facebook Internet
 Læge Zoneterapeut Ergoterapeut Andet: _____

Hvis ja, til hvem: 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 Stjernekegger
 Sugekop Andet: _____

Fødsels varighed / antal timer: _____ Pressefasens varighed: _____ Antal søskende: _____

Var barnets hoved skævt de første døgn efter fødslen?

Ja Nej

Kiropraktik

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

Hvor mange bleer med afføring dagligt: _____

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 givet 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 / tiltede 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

Diarré

Hyperaktivitet

Svært ved at få / holde

opmærksomhed

Astma

Allergier

Dårlig appetit

Svagt immunforsvar

Øreinfektion

Andet: _____

Andet: _____

Andet: _____

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?

Samtykkeerklæring:

Du skal afkrydse de felter, som du kan give samtykke til. Du kan til enhver tid trække dit samtykke tilbage. Der indhentes eller deles ikke oplysninger vedrørende dit barn, uden at du på forhånd har drøftet dette med din kiropraktor.

- Journalføring og opbevarelse af journal
- Kontakt til egen læge
- Rekvirering af billeddiagnostik (hvis der forelægger relevant undersøgelser)
- Tværfagligt behandlingsforløb (f.eks. sundhedsplejerske eller fysioterapeut)
- Sundhedsforsikring eller anden betaler

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