

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

**Er barnet medlem af Sygeforsikring "Danmark":**  Ja  Nej

**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

# Kiropraktik

Hyppighed af afføring: \_\_\_\_\_

Følger barnet den normale vækstkurve?  Nej  Ja

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 5 år

Personligt/Socialt	Ja	Nej
Barnet kan hælde på tallerken selv		

Sprog	Ja	Nej
Barnet kan tælle objekter op til 20		
Barnet kan definere 7 ord		

Fin motorik	Ja	Nej
Barnet kan kaste og gribe bold med hænderne		
Barnet kan tegne hus og menneske		
Barnet kan kopiere firkant og trekant		

Grovmotorik	Ja	Nej
Barnet kan hoppe på 1 ben		
Barnet kan stå på 1 ben, på hhv. højre og venstre (5-6 sek)		
Barnet kan hoppe med begge fødder		

# 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?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**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

## 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 undersøgelse)

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.