

# 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. 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? \_\_\_\_\_

Hvornår omtrent begyndte de nuværende symptomer? Ca. dato: \_\_\_\_\_

**Hvordan startede symptomerne?**

Langsomt, snigende  Pludseligt

**Hvad udløste symptomerne?**

Ingen kendt årsag

Andet - Angiv hvad: \_\_\_\_\_

**Er der forskel på symptomerne dagen igennem?**

Værst om morgenen

Værst morgen og aften

Forværres i løbet af dagen

Intet mønster

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? \_\_\_\_\_

**Er der andre i familien med problemer i samme område?**

Nej  Ja - Hvilke (hvis du ved det)? \_\_\_\_\_

**Antal søskende:** \_\_\_\_\_

Følger barnet den normale udvikling vækstmæssigt?  Nej  Ja

# Kiropraktik

**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

Voksevæk/smerter

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

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

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

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

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

**Oplever I, at jeres barn har udfordringer vedrørende nedenstående punkter?**

Hvis ja, beskriv gerne

**Personligt / socialt:**  Ja  Nej

Hvis ja, hvilke udfordringer? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**Sprogligt:**  Ja  Nej

Hvis ja, hvilke udfordringer? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**Fin motorisk:**  Ja  Nej

Hvis ja, hvilke udfordringer? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**Grovmotorisk:**  Ja  Nej

Hvis ja, hvilke udfordringer? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**Hvilke fritidsaktiviteter dyrker dit barn, og hvor ofte:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# Kiropraktik

Har dit barn haft nogle større skader eller brud?  Ja  Nej

Hvis ja, hvilke? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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? \_\_\_\_\_

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.

# Kiropraktik