

# 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  Stjernekipper  
 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.