

# 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

Hyppeghed af afføring: \_\_\_\_\_

Følger barnet den normale vækstkurve?  Nej  Ja

# Kiropraktik

## 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 2 år

| Personligt/Socialt                                | Ja | Nej |
|---|----|-----|
| Barnet kan selv vaske hænder                      |    |     |
| Barnet kan selv tage tøj på                       |    |     |
| Barnet kan selv udpege/skelne mellem 2-4 billeder |    |     |

| Sprog                                  | Ja | Nej |
|--|----|-----|
| Taler delvist forståeligt              |    |     |
| Barnet kan sige flere ord i sammenhæng |    |     |
| Barnet kan udføre op til to kommandoer |    |     |

| Fin motorik                                 | Ja | Nej |
|---|----|-----|
| Barnet kan sætte duplo klodser sammen       |    |     |
| Barnet kan lave et tårn af 6 klodser        |    |     |
| Barnet kan kaste en bold, med overhåndskast |    |     |

| Grovmotorik  | Ja | Nej |
|--|----|-----|
| Barnet kan gå, løbe, og kan lette sig fra jorden med begge ben |    |     |
| Barnet kan gå op og ned ad trapper (uden hjælp)                |    |     |
| Barnet kan sparke til en bold                                  |    |     |
| Barnet kan fra stående samle objekt op fra gulv                |    |     |

# 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 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.