

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

Vokseværk/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 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.

Kiropraktik