

**CHIROPRACTIE RUGKLINIEK HEERLEN**  
**VERTROUWELIJKE VRAGENLIJST VOOR KINDEREN**

---

Achternaam: .....  
Voornaam: ..... M/V  
Geboortedatum: .....  
Adres: .....  
Postcode en Woonplaats: .....  
Telefoonnummer: .....  
Telefoon werk ouders/voogd: .....  
Telefoon mobiel: .....  
E-mailadres: .....

Verzekering: .....  
Verzekeringsnummer: .....  
BSN nr.: .....  
Huisarts: .....  
Woonplaats huisarts: .....  
Hobby's/sport: .....  
Komt u via huisarts/specialist/anders nl: .....

---

**Bevalling:**

- Met de tang
- Met vacuüm
- Keizersnee
- Stuitbevalling
- Complicaties: .....

**Vertoont uw kind:**

- Hyperactiviteit
- Concentratie problemen
- Afwijkend gedrag: .....

**Afwijkend:**

- Erfelijke afwijkingen: .....
- Chromosomen afwijking: .....
- Geestelijke achterstand: .....
- Fysieke/motorische achterstand: .....
- Andere afwijkingen, namelijk: .....

Bovengenoemd kind is kind nr. ... in uw gezin  
Geboren na ..... weken zwangerschap  
Borstvoeding  Ja, tot ..... maanden  Nee

Zijn er sociale omstandigheden die van belang kunnen zijn voor het ontstaan van de klachten of momenteel als stress ervaren kunnen worden? .....

Zijn er ziektes die bij u in de familie voorkomen? .....

---

**Wat is de belangrijkste klacht?** .....

**Wanneer is deze klacht voor het eerst begonnen?**  
.....

**Wat is volgens u de oorzaak van deze klacht?** .....

**Hoe is de klacht ontstaan?**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Geleidelijk        | <input type="checkbox"/> Plotseling         |
| <input type="checkbox"/> wisselend aanwezig | <input type="checkbox"/> wisselend aanwezig |
| <input type="checkbox"/> constant aanwezig  | <input type="checkbox"/> constant aanwezig  |

**Deskundigen:** *Is uw kind voor deze klachten onder behandeling geweest bij:*

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Chiropractor       | <input type="checkbox"/> Psycholoog       |
| <input type="checkbox"/> Huisarts           | <input type="checkbox"/> Alternatief arts |
| <input type="checkbox"/> Fysiotherapeut     | <input type="checkbox"/> Kinderarts       |
| <input type="checkbox"/> Cesar/Mensendieck  | <input type="checkbox"/> Revalidatiearts  |
| <input type="checkbox"/> Manueel therapeut  | <input type="checkbox"/> Acupuncturist    |
| <input type="checkbox"/> Podotherapeut      | <input type="checkbox"/> Neuroloog        |
| <input type="checkbox"/> Chirurg            | <input type="checkbox"/> Andere: .....    |
| <input type="checkbox"/> Homeopathisch arts | .....                                     |
| <input type="checkbox"/> Orthopeed          |   |
- 

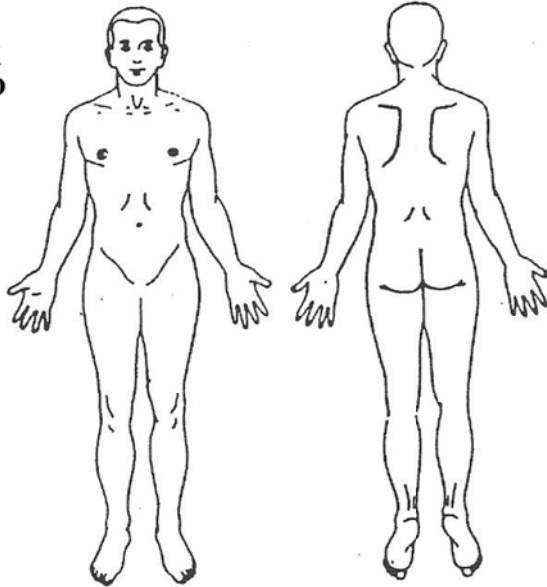
**Algemeen:**

**Verleden/Heden**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hoofdpijn       | <input type="checkbox"/> Depressie                         |
| <input type="checkbox"/> Migraine        | <input type="checkbox"/> Slechte eetlust                   |
| <input type="checkbox"/> Duizeligheid    | <input type="checkbox"/> Oor-, neus-, oog- en keelklachten |
| <input type="checkbox"/> Flauwvallen     | <input type="checkbox"/> Voorhoofdsholteontsteking         |
| <input type="checkbox"/> Slapeloosheid   | <input type="checkbox"/> Bijholteontsteking                |
| <input type="checkbox"/> Vermoeidheid    | <input type="checkbox"/> Oorontsteking L/R                 |
| <input type="checkbox"/> Zenuwachtigheid | <input type="checkbox"/> Doofheid L/R                      |
| <input type="checkbox"/> Allergieën      |  |

Geef op de tekening aan waar uw kind de klacht voelt:

Zeurende pijn V  
Stijfheid I  
Brandende pijn X  
Gevoelloosheid O  
Scherpe pijn ↙  
Tintelingen ●  
Krampen S  
Doffe pijn ↘



### Spiersen en Gewrichten

#### Verleden/Heden

- Nek
- Tussen schouders
- Lage rug
- Staartbeen
- Lies L/R
- Heup L/R
- Been L/R
- Knie L/R
- Voet of hiel L/R
- Schouder L/R
- Arm L/R
- Elleboog L/R
- Hand L/R
- Pols L/R
- Vinger L/R
- Rib L/R
- Gewrichtsontsteking
- Gezwollen gewrichten

### Maag en Ingewanden

#### Verleden/Heden

- Maagpijn
- Maagbreuk
- Galproblemen
- Leverproblemen
- Overgeven
- Winderigheid
- Blaas, waterwegenproblemen
- Nierontsteking
- Ongecontroleerd urineverlies
- Diarree
- Constipatie/moeilijke stoelgang

### Hart

#### Verleden/Heden

- Hartproblemen
- Slechte circulatie
- Bloedarmoede

### Aandoeningen:

#### Verleden/Heden

- Epilepsie
- Kanker
- Multiple Sclerosis
- Polio
- Hersenvliesontsteking
- Tuberculosis
- Suikerziekte
- Ziekte van Pfeiffer
- Schildklierafwijking
- Andere: .....

### Ademhaling

#### Verleden/Heden

- Ademhalingsmoeilijkheden
- Astma
- Bronchitis
- Longontsteking
- Emfyseem
- Hooikoorts
- Pijn in de borst
- Chronische hoest
- Ophoesten van slijm

### Huid

#### Verleden/Heden

- Jeuk
- Eczeem
- Blauwe plekken
- Droge huid

### Hoe slaapt uw kind:

#### Verleden/Heden

- Rug
- Zij
- Buik
- Wisselend

Hoe oud is de matras van uw kind: .....

### Gebruikt uw kind:

#### Verleden/Heden

- Steunzolen
- Hakverhoging L/R
- Andere: .....

---

Onderstaand s.v.p. zo uitgebreid mogelijk invullen. Graag ook die zaken die geen relatie lijken te hebben met de aanmeldingsklacht(en).

- Ongevallen: .....
- Botbreuken: .....
- Operaties: .....
- Ziekenhuisopnamen: .....
- Welke medicijnen gebruikt uw kind en waarvoor: .....
- Gebruikt uw kind vitamine/mineralen supplementen?  Ja  Nee  
Zo ja, welke? : .....

**Tandheelkundig:**

**Verleden/Heden**

- Tandenknaars of klemt uw kind overdag en/of 's nachts
- Maakt het kaakgewricht wel eens een knappend geluid

---

Datum van uw testen	Korter Dan 6 mnd	Tussen 6-18 mnd	Langer dan 18 mnd	Nog nooit
Urinetest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Röntgenfoto's	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MRI / CT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bloedtest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chiropractisch onderzoek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinderarts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

Gewoontes	Veel	Normaal	Weinig	Geen
Eetlust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lichaamsbeweging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slaap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

**Heeft u nog opmerkingen:**

.....

.....

.....

.....

.....

---

**Mogen wij de huisarts van uw kind informeren?** Ja/Nee\*

Doorhalen wat niet van toepassing is. Indien niet ingevuld, behouden wij het recht de huisarts te informeren.

**Handtekening:**

.....

**Datum:**

.....