

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:

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

Vertoont uw kind:

- Hyperactiviteit
- Concentratie problemen
- Afwijkend gedrag:

Afwijkend:

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

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 | |
-

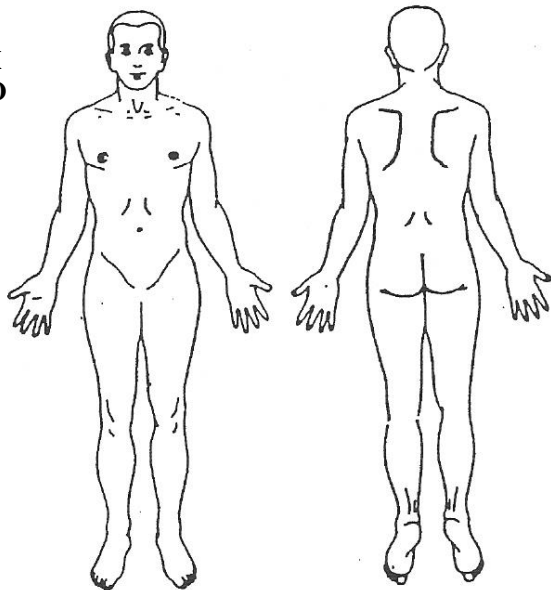
Algemeen:

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 **↘**



Spielen 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

- Tandknarst 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*

Wenst u een kopie van het huisartsenrapport te ontvangen?

Ja / Nee *

Doorhalen wat niet van toepassing is.

Indien niet ingevuld, behouden wij het recht de huisarts te informeren en ontvangt u geen kopie van het rapport.

Handtekening:

Datum:

.....

.....