

CHIROPRACTIE RUGKLINIEK HEERLEN
VERTROUWELIJKE VRAGENLIJST VOOR KINDEREN TOT 12 JAAR



S.V.P in rood invullen

Naam:
Voorletters:M/V
Roepnaam:
Geboortedatum:
Adres:
Postcode:
Woonplaats:
Komt u via huisarts/specialist/anders:

E-mailadres:
Telefoon privé:
Telefoon werk(ouders/voogd):
Telefoon mobiel:
BSN nr:
Naam verzekering + nr:
Huisarts:
Woonplaats huisarts:
Hobby's/Sport:

Wat is de belangrijkste klacht:

.....
.....
.....
.....

Wanneer is de klacht voor het eerst begonnen:

.....
.....

Wat is volgens u de oorzaak van deze klacht:

.....
.....

Hoe is de klacht ontstaan:

- Geleidelijk
- Plotseling

Is de klacht:

- Wisselend aanwezig
- Constant aanwezig

Bevalling:

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

Geboren na weken zwangerschap
als kind in uw gezin
Borstvoeding ja/nee tot maanden

Vertoont uw kind:

- Hyperactiviteit
- Concentratieproblemen
- Afwijkend gedrag:

Bijzonderheden:

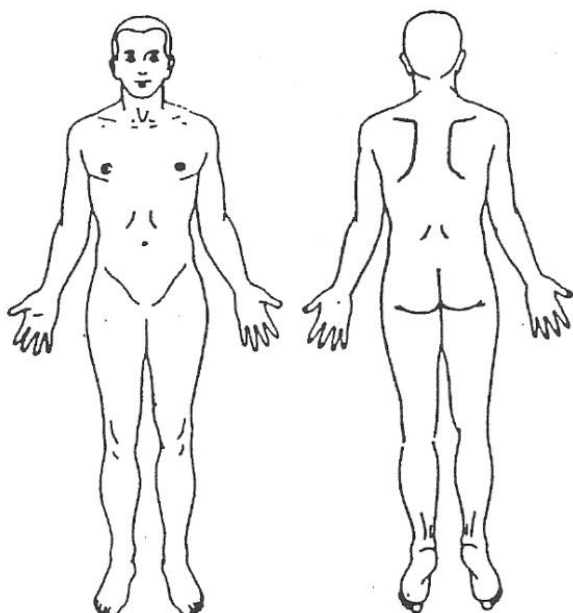
- Erfelijke afwijkingen:
- Chromosomen afwijking:
- Achterstand in:
- Anders:

Deskundigen:

Is uw kind voor deze klacht onder behandeling geweest bij:

- Chiropractor
- Huisarts
- Fysiotherapeut
- Cesar/Mensendieck
- Manueel therapeut
- Podotherapeut
- Neuroloog
- Revalidatiearts
- Osteopaat
- Acupuncturist
- Chirurg
- Kinderarts
- Homeopathisch arts
- Orthooped
- Psycholoog
- Alternatief genezer
- Andere specialisten:

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



Spier- en gewrichtsklachten 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
- Kaakpijn
- Schouder L/R
- Arm L/R
- Elleboog L/R
- Hand L/R
- Pols L/R
- Vinger L/R
- Ribben L/R
- Gewrichtsontsteking
- Gezwollen gewrichten

Tandheelkundig:

- Tandknarsen/klemmen
- Knappend geluid in kaak

Algemene klachten: Verleden/Heden

- Hoofdpijn
- Migraine
- Duizeligheid
- Flauwvallen
- Slapeloosheid
- Zenuwachtigheid
- Allergieën
- Depressie
- Slechte eetlust
- Oor-, neus-, oog- en keelklachten
- Voorhoofdsholteontsteking
- Bijholteontsteking
- Oorontsteking L/R
- Doofheid L/R

Hart en Bloedvaten Verleden/Heden

- Hartproblemen
- Bloedarmoede
- Slechte circulatie

Ademhaling**Verleden/Heden**

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

Slaapt uw kind op de:

- Rug
 Zij
 Buik
 Wisselend

Hoe oud is het matras

van uw kind?

Maag en Ingewanden**Verleden/Heden**

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

Gebruikt uw kind:**Verleden/Heden**

- Steunzolen
 Hakverhoging L/R
 Andere:

Aandoeningen**Verleden/Heden**

- Epilepsie
 Kanker
 Multiple sclerose
 Polio
 Hersenvliesontsteking
 Tuberculose
 Suikerziekte
 Schildklierafwijking
 Ziekte van Pfeiffer

Huid**Verleden/Heden**

- Droge huid
 Jeuk
 Uitslag/eczem
 Makkelijk blauwe plekken
 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/mineralensupplementen? Ja Nee
 Zo ja, welke? :

Datum van de laatste 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 onderzoek:	<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 uw huisarts informeren?

Ja / Nee *

* Doorhalen wat niet van toepassing is.

Indien u een kopie van dit rapport wenst, kunt u dit kenbaar maken bij de secretaresse.

Handtekening:

Datum:

.....

.....