

**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: .....  
Telefoon privé: .....  
Telefoon werk(ouders/voogd): .....  
Telefoon mobiel: .....  
E-mailadres: .....

Hobby's/Sport: .....  
Komt u via huisarts/specialist/anders: .....  
Huisarts: .....  
Woonplaats huisarts: .....

**Mogen wij uw huisarts informeren? JA / NEE**  
(doorhalen wat niet van toepassing is.)

**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:**

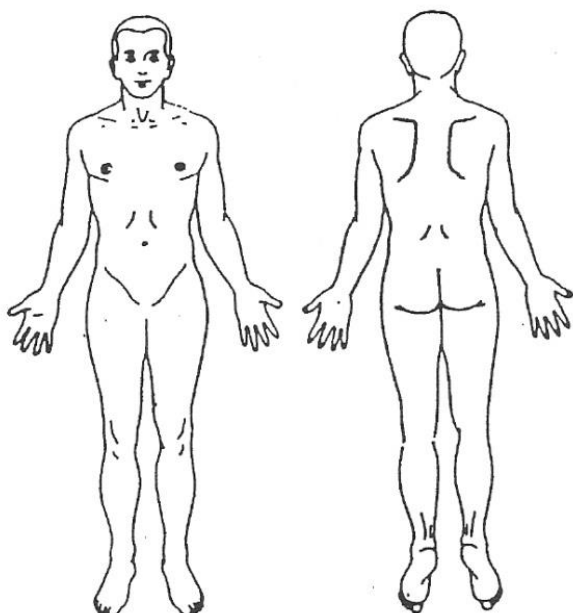
- Erfelijke afwijkingen: .....
- Chromosomen afwijking: .....
- Achterstand in: .....
- Anders: .....

**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?**.....  
 .....  
 .....

**Handtekening:** .....

**Datum:** .....