**CHIROPRACTIE RUGKLINIEK HEERLEN **

**VERTROUWELIJKE VRAGENLIJST VOOR KINDEREN TOT 12 JAAR**

**S.V.P in rood invullen**

Naam: …………………….………………..……………… Hobby’s/Sport:

Voorletters: ……………….…………..………………M/V Komt u via huisarts/specialist/anders: ……………….

Roepnaam:………………………………………………… Huisarts:……….…………………………...…………………….

Geboortedatum:.……………….……………………….…. Woonplaats huisarts:…….………………...……………………..

Adres:…………………………….………………...……….

Postcode:…………………….…..….………….…...………

**Mogen wij uw huisarts informeren?** JA / NEE

(doorhalen wat niet van toepassing is.

Woonplaats:………………………………………...………

Telefoon privé:……………………………………………...

Telefoon werk(ouders/voogd)……………..……...………...

Telefoon mobiel:…………………………..……..…………

E-mailadres:………………………………………..………..

**Wat is/zijn de klacht(en): Bevalling: Deskundigen:**

………………………………………. **** Met de tang *Is uw kind voor deze klacht onder*

……………………………………… **** Met vacuüm *behandeling geweest bij:*

……………………………………… **** Keizersnee **** Chiropractor

………………………………………. **** Stuitbevalling **** Huisarts

………………………………………. **** Complicaties:…………….. **** Fysiotherapeut

**Wanneer is/zijn de klacht(en) voor het** ………………………….... **** Cesar/Mensendieck

**eerst begonnen:**………..………….. Geboren na ….. weken zwangerschap **** Manueel therapeut

………………………………………als …… kind in uw gezin **** Podotherapeut

……………………………………..Borstvoeding ja/nee tot …… maanden **** Neuroloog

**Wat is volgens u de oorzaak van deze**  **** Revalidatiearts

**Klacht(en):**……………………………. **Vertoont uw kind:** **** Osteopaat

………………………………………. **** Hyperactiviteit **** Acupuncturist

………………………………………. **** Concentratieproblemen **** Chirurg

 **** Afwijkend gedrag:………. **** Kinderarts

**Hoe is de klacht ontstaan:** …………………………… **** Homeopathisch arts

**** Geleidelijk **Bijzonderheden:**  **** Orthopeed

**** Plotseling **** Erfelijke afwijkingen:……………….. **** Psycholoog

**Is de klacht:** **** Chromosomen afwijking:…………….. **** Alternatief genezer

**** Wisselend aanwezig **** Achterstand in:…………………… **** Andere specialisten:

**** Constant aanwezig **** Anders:……………………………….. ………………………………

**Geef op de tekening aan Spier- en gewrichtsklachten Algemene klachten:**

**waar uw kind de klacht voelt: Verleden/Heden Verleden/Heden**

 ** ** Nek ** ** Hoofdpijn

 ** ** Tussen schouders ** ** Migraine

 ** ** Lage rug ** ** Duizeligheid

 ** ** Staartbeen ** ** Flauwvallen

 ** ** Lies L/R ** ** Slapeloosheid

 ** ** Heup L/R ** ** Zenuwachtigheid

 ** ** Been L/R ** ** Allergieën

 ** ** Knie L/R ** ** Depressie

 ** ** Voet of hiel L/R ** ** Slechte eetlust

 ** ** Kaakpijn ** ** Oor-, neus-, oog- en keelklachten

 ** ** Schouder L/R ** ** Voorhoofdsholteontsteking

 ** ** Arm L/R ** ** Bijholteontsteking

 ** ** Elleboog L/R ** ** Oorontsteking L/R

 ** ** Hand L/R ** ** Doofheid L/R

 ** ** Pols L/R

 ** ** Vinger L/R **Hart en Bloedvaten**

 ** ** Ribben L/R  **Verleden/Heden**

 ** **Gewrichtsontsteking ** ** Hartproblemen

 ** ** Gezwollen gewrichten ** ** Bloedarmoede

 ** ** Slechte circulatie

 **Tandheelkundig:**

 ** ** Tandenknarsen/klemmen

 ** ** Knappend geluid in kaak

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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/eczeem** ** 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? : ..………………………………………………………………………………………………………………………….

**** Is uw kind onlangs gevaccineerd? **** 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: **   **

Röntgenfoto’s **   **

MRI /CT **   **

Bloedtest: **   **

Chiropractisch onderzoek: **   **

Kinderarts onderzoek: **   **

**Gewoontes:** Veel Normaal Weinig Geen

Eetlust: **   **

Lichaamsbeweging: **   **

Slaap: **   **

**Heeft u nog opmerkingen?**...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**Handtekening: Datum:**

........................................................ ………………………………………