**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

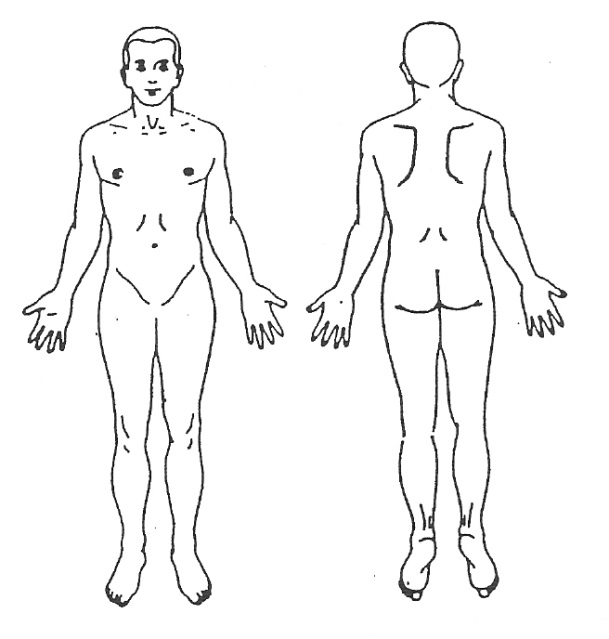
**Is de klacht:** **** Chromosomen afwijking:…………….. **** Alternatief genezer

**** 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:**

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