

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:
 Hoe bent u bij ons gekomen:
 Huisarts:
 Gevestigd te:

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

Wat is/zijn de klacht(en):

.....

Wanneer is/zijn de klacht(en) voor het eerst begonnen:

.....

Wat is volgens u de oorzaak van deze Klacht(en):

.....

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:

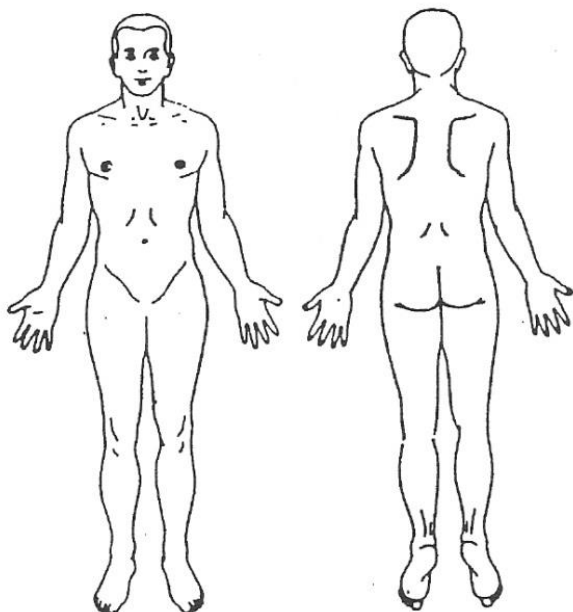
- Erfelijke afwijkingen:
- Chromosomen afwijking:
- Achterstand in:
- Anders:

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
- Orthopeed
- Psycholoog
- Alternatief gezeer
- Andere specialisten:

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



Spier- en gewrichtsklachten

	Nu	Verleden
Nek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tussen schouders	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lage rug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Staartbeen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lies L/R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heup L/R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Been L/R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knies L/R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voet of hiel L/R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kaakpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schouder L/R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arm L/R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elleboog L/R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hand L/R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pols L/R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vinger L/R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ribben L/R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gewrichtsontsteking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gezwellen gewrichten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tandheelkundig: Nu Verleden

Tandenknarsen/ klemmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knappend geluid in kaak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Algemene klachten:

	Nu	Verleden
Hoofdpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migraine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duizeligheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flauwvallen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slapeloosheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zenuwachtigheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergieën	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depressie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slechte eetlust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oor-, neus-, oog en keelklachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voorhoofdsholte -ontsteking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bijholteontsteking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oorontsteking L/R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doofheid L/R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hart en Bloedvaten

	Nu	Verleden
Hartproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bloedarmoede	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slechte circulatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ademhaling			Maag en Ingewanden			Aandoeningen		
	Nu	Verleden		Nu	Verleden		Nu	Verleden
Ademhalingsmoeilijkheden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maagpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maagbreuk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kanker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Galproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Multiple sclerose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Longontsteking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leverproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Emfyseem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Overgeven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hersenvliesontsteking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hooikoorts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Winderigheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pijn in de borst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blaas,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Suikerziekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ophoesten van slijm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	waterwegenproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schildklierafwijking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronische hoest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nierontsteking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ziekte van Pfeiffer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slaapt uw kind op de:			Gebruikt uw kind:			Huid		
<input type="checkbox"/> Rug			urineverlies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Droge huid		
<input type="checkbox"/> Zij			Diarree	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jeuk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Buik			Buikpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Uitslag/eczem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Wisselend			Constipatie/moeilijke stoelgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Makkelijk blauwe plekken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoe oud is het matras van uw kind?			Steunzolen			Andere:		
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Hakverhoging L/R					
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
			Andere:				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

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:	<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: