

**CHIROPRACTIE RUGKLINIEK HEERLEN**  
**VERTROUWELIJKE VRAGENLIJST VOOR KINDEREN**

---

Achternaam: ..... Verzekering:.....  
Voornaam: .....M/V Verzekeringsnummer:.....  
Geboortedatum: ..... BSN nr.:.....  
Adres: ..... Huisarts:.....  
Postcode en Woonplaats:..... Woonplaats huisarts:.....  
Telefoonnummer: ..... Hobby's/sport: .....  
Telefoon werk ouders/voogd:..... Komt u via huisarts/specialist/anders nl:.....  
Telefoon mobiel:.....  
E-mailadres: .....

---

**Bevalling:**

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

Bovengenoemd kind is kind nr. ... in uw gezin  
Geboren na..... weken zwangerschap  
Borstvoeding  Ja, tot ..... maanden  Nee

**Vertoont uw kind:**

- Hyperactiviteit
- Concentratie problemen
- Afwijkend gedrag:.....

**Afwijkend:**

- Erfelijke afwijkingen:.....
- Chromosomen afwijking:.....
- Geestelijke achterstand:.....
- Fysieke/motorische achterstand:.....
- Andere afwijkingen, namelijk:.....

Zijn er sociale omstandigheden die van belang kunnen zijn voor het ontstaan van de klachten of momenteel als stress ervaren kunnen worden? .....

Zijn er ziektes die bij u in de familie voorkomen? .....

---

**Wat is de belangrijkste klacht?** .....

**Wanneer is deze klacht voor het eerst begonnen?**  
.....

**Wat is volgens u de oorzaak van deze klacht?**.....

**Hoe is de klacht ontstaan?**

<input type="checkbox"/> Geleidelijk	<input type="checkbox"/> Plotseling
<input type="checkbox"/> wisselend aanwezig	<input type="checkbox"/> wisselend aanwezig
<input type="checkbox"/> constant aanwezig	<input type="checkbox"/> constant aanwezig

**Deskundigen:** *Is uw kind voor deze klachten onder behandeling geweest bij:*

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Chiropractor       | <input type="checkbox"/> Psycholoog       |
| <input type="checkbox"/> Huisarts           | <input type="checkbox"/> Alternatief arts |
| <input type="checkbox"/> Fysiotherapeut     | <input type="checkbox"/> Kinderarts       |
| <input type="checkbox"/> Cesar/Mensendieck  | <input type="checkbox"/> Revalidatiearts  |
| <input type="checkbox"/> Manueel therapeut  | <input type="checkbox"/> Acupuncturist    |
| <input type="checkbox"/> Podotherapeut      | <input type="checkbox"/> Neuroloog        |
| <input type="checkbox"/> Chirurg            | <input type="checkbox"/> Andere:.....     |
| <input type="checkbox"/> Homeopathisch arts | .....                                     |
| <input type="checkbox"/> Orthopeed          |   |
- 

**Algemeen:**

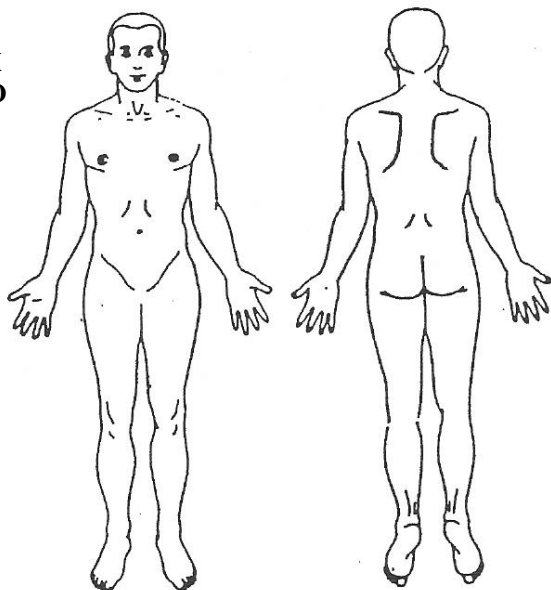
**Verleden/Heden**

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

---

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

Zeurende pijn **V**  
Stijfheid **I**  
Brandende pijn **X**  
Gevoelloosheid **O**  
Scherpe pijn **↙**  
Tintelingen **●**  
Krampen **S**  
Doffe pijn **↘**



**Spielen en Gewrichten**

**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
- Schouder L/R
- Arm L/R
- Elleboog L/R
- Hand L/R
- Pols L/R
- Vinger L/R
- Rib L/R
- Gewrichtsontsteking
- Gezwollen gewrichten

---

**Maag en Ingewanden**

**Verleden/Heden**

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

**Hart**

**Verleden/Heden**

- Hartproblemen
- Slechte circulatie
- Bloedarmoede

**Aandoeningen:**

**Verleden/Heden**

- Epilepsie
- Kanker
- Multiple Sclerosis
- Polio
- Hersenvliesontsteking
- Tuberculosis
- Suikerziekte
- Ziekte van Pfeiffer
- Schildklierafwijking
- Andere: .....

**Ademhaling**

**Verleden/Heden**

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

**Huid**

**Verleden/Heden**

- Jeuk
- Eczeem
- Blauwe plekken
- Droge huid

**Hoe slaapt uw kind:**

**Verleden/Heden**

- Rug
- Zij
- Buik
- Wisselend

**Hoe oud is de matras van uw kind:** .....

**Gebruikt uw kind:**

**Verleden/Heden**

- Steunzolen
  - Hakverhoging L/R
  - 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/mineralen supplementen?  Ja  Nee  
Zo ja, welke? : .....

**Tandheelkundig:**

**Verleden/Heden**

- Tandknarst of klemt uw kind overdag en/of 's nachts
- Maakt het kaakgewricht wel eens een knappend geluid

---

Datum van uw 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	<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 de huisarts van uw kind 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:**

.....

.....