



SPØRGESKEMA SPÆDBARN 0-1 ÅR

Inden du og dit barn kommer ind til kiropraktoren, beder vi dig svare på spørgsmålene nedenfor. Alle spørgsmål er måske ikke relevante for dit barn, men svar så godt du kan.

1	Barnets navn: Udfyld med blokbogstaver		
2	Barns Cpr.nr.		
3	Mor eller fars navn: Udfyld med blokbogstaver		
4	Forældre Cpr. Nr.	Tlf./ Mobil:	
5	E-mail: Udfyld med blokbogstaver		

6	Hvad er årsagen til besøget?
---	------------------------------

7	Hvornår startede det?
---	-----------------------

--

8	Hvad lindrer det?
---	-------------------

<input type="checkbox"/> Sæt X	<input type="checkbox"/> Sæt X
<input type="checkbox"/> amning	<input type="checkbox"/> at blive svøbt
<input type="checkbox"/> at blive lagt	<input type="checkbox"/> medicin

<input type="checkbox"/> Andet	
--------------------------------	--

9	Hvad provokerer det?
---	----------------------

<input type="checkbox"/> Sæt X	<input type="checkbox"/> Sæt X
<input type="checkbox"/> Amning	<input type="checkbox"/> Have afføring
<input type="checkbox"/> At blive lagt	<input type="checkbox"/> Få tøj over hovedet
<input type="checkbox"/> Dreje hovedet	<input type="checkbox"/> Ukendt årsag

<input type="checkbox"/> Andet	
--------------------------------	--

10	Er der variation af barnets tilstand gennem døgnet?
----	---

<input type="checkbox"/> Sæt X	<input type="checkbox"/> Sæt X
<input type="checkbox"/> Værst om morgenen	<input type="checkbox"/> Forværring i løbet af dagen
<input type="checkbox"/> Værst middag	<input type="checkbox"/> Intet mønster
<input type="checkbox"/> Værst aften	<input type="checkbox"/> Andet

--

11	Hvor mange dage om ugen er tilstanden tilstede?
----	---

--



12 Er tilstanden?

Aftagende Tiltagende

13 Hvordan er barnets søvn?

Rolig
 Urolig (f.eks. Vågner hyppigt)

14 Hvor længe kan barnet sove sammenhængende (max)

Om dagen:
Om natten:

15 Hvad spiser barnet?

Modermælk
 Modermælkerstatning Hvilket mærke
 Andet

16 Når barnet spiser, sæt X hvis du oplever følgende?

<input checked="" type="checkbox"/> Har et favorit bryst	<input checked="" type="checkbox"/> Tømmer ikke brystet inden der skiftes bryst
<input type="checkbox"/> Tager luft ind når sutter	<input type="checkbox"/> Svært ved at bøvse
<input type="checkbox"/> Ligger uroligt ved bryst/flaske	<input type="checkbox"/> Gylper ofte

17 Hvordan spiser barnet?

Godt og tager normalt på Andet
 Vil ikke spise

18 Hvordan ser afføringen ud?



19 Hvor ofte har barnet afføring?

20 Bliver barnet ked af det, når det har afføring eller luftafgang?

Sæt X
 Ja

Sæt X
 Nej

21 Hvordan forløb graviditeten?

Sæt X

Svært at blive gravid

Rygning/alkohol

Sygemeldt grundet smerter

Andre komplikationer

Sæt X

Infektioner

Tidligere graviditeter

22 Hvordan forløb fødslen?

Sæt X

Blev sat i gang

Kejsersnit, (hvis Ja)

Sæt X

Akut

eller

Sæt X

Planlagt

Med sugekop / tang

Hurtig, hvor kort?

hvor lang tid varede pressefasen?

Langsom, hvor lang?

Barnet vendte forkert eller blev vendt

Blev der brugt medicin (f.eks. epidural, ve-stimulerende)

Trykket hovedform efter fødsel?

Andet

23 Blev barnet født til termin?

Sæt X

Ja

Sæt X

Nej

Hvor lang tid før/efter termin

24 Barnets vægt ved fødslen?

 gram



25 **Barnets længde ved fødslen**

cm

26 **Har barnet modtaget anden behandling?**

Sæt X Nej Sæt X Ja, hvilken

27 **Får barnet medicin?**

Sæt X Nej Sæt X Ja, hvilken

28 **Har barnet været på hospitalet**

Sæt X Nej Sæt X Ja, hvorfor?

29 **Har barnet været udsat for større fald eller uheld?**

Sæt X Nej Sæt X Ja, hvad?

30 **Barnets udvikling?**

Sæt X Løfter hovedet i maveliggende, hvis Ja
Hvor længe kan barnet ligge?

Sæt X Triller, mave til ryg/ryg til mave, hvis Ja Hvornår?
Måneder?

Sæt X Sidde selv, hvis Ja Hvornår?
Måneder?

Sæt X Kravler, hvis ja Hvornår?
Måneder?

Sæt X Går, hvis ja Hvornår?
Måneder?

31 **Hvordan / hvor hørte du om kliniken?**



32 Samtykke, nyhedsbrev m.m.

Jeg giver hermed samtykke til, at klinikken må indhente og videresende relevant journalmateriale, herunder billed-diagnostisk materiale fra/til følgende: (sæt X)

Indhente:

- Samtykke til alle herunder
 Samtykke nægtet til alle herunder

Videresende:

- Samtykke til alle herunder
 Samtykke nægtet til alle herunder

Eller:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Egen læge | <input type="checkbox"/> Offentligt sygehus |
| <input type="checkbox"/> Speciallæge | <input type="checkbox"/> Privat hospital |
| <input type="checkbox"/> Kiropraktor | <input type="checkbox"/> Forsikringselskab |
| <input type="checkbox"/> Fysioterapeut | <input type="checkbox"/> Kommune |
| <input type="checkbox"/> Massør | |

Eller:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Egen læge | <input type="checkbox"/> Offentligt sygehus |
| <input type="checkbox"/> Speciallæge | <input type="checkbox"/> Privat hospital |
| <input type="checkbox"/> Kiropraktor | <input type="checkbox"/> Forsikringselskab |
| <input type="checkbox"/> Fysioterapeut | <input type="checkbox"/> Kommune |
| <input type="checkbox"/> Massør | |

Jeg giver hermed samtykke til, at personale her på klinikken, som er i direkte forbindelse med mit barns behandling, må få indsigt i mit barns journal.

Samtykket gælder aktuelle behandlingsforløb, og er gældende 1 år fra underskriftdatoen.

Jeg erklærer på tro og love, at jeg har forældremyndighed og hæfter for behandling.

Dato:

Cpr.nr.:

Navn / signatur:

Ja, jeg vil gerne tilmelde mig Kiropraktisk Klinik Vanløse's nyhedsbrev.

Når du sætter kryds, giver du os samtykke til at sende dig tips til at få det bedre, træningsøvelser, nyheder, tilbud, information om nye produkter og services, invitationer til arrangementer mv.

På vores hjemmeside www.kiropraktiskklinik.dk kan du læse mere om, hvordan vi behandler dine personoplysninger samt hvilke rettigheder du har.