



## SPØRGESKEMA BØRN 1-6 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	Cpr.nr.	
3	Mor eller fars navn: Udfyld med blokbogstaver	
4	Telefon:	
5	E-mail: Udfyld med blokbogstaver	

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

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

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

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

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

Sæt X

Værst om morgenen

Værst middag

Værst aften

Sæt X

Forværring i løbet af dagen

Intet mønster

Andet

11	Er tilstanden?
----	----------------

Sæt X

Aftagende

Stationær

Tiltagende

12	Hvordan er barnets søvn?
----	--------------------------

Sæt X

Rolig

Urolig (f.eks. vågner hyppigt)



**13 Er der problemer med barnets mave?**

Sæt X

Hård mave

Tynd mave

Ondt i maven

Andet

**14 Hvordan forløb fødslen?**

Sæt X

Blev sat i gang

Kejsersnit, (hvis Ja)  Akut eller  Planlagt

Med sugekop / tang

Hurtig, hvor kort  hvis Ja, hvor lang tid varede pressefasen?

Langsom, hvor lang?

Barnet vendte forkert eller blev vendt?

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

Var barnets hovedform trykket da det kom ud?

Andet

**15 Har barnet modtaget anden behandling?**

Sæt X

Nej

Sæt X

Ja, hvilken

**16 Får barnet medicin?**

Sæt X

Nej

Sæt X

Ja, hvilken

**17 Har barnet været på hospitalet?**

Sæt X

Nej

Sæt X

Ja, hvorfor?

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

Sæt X

Nej

Sæt X

Ja, hvad?



19 Har barnet været syg?

<input type="checkbox"/> Sæt X Gentagne mellemørebetændelser	<input type="checkbox"/> Sæt X Astma	<input type="checkbox"/> Andet: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Gentagne lungebetændelser	<input type="checkbox"/> Allergi	
<input type="checkbox"/> Gentagne hals- /bihulebetændelser	<input type="checkbox"/> Generelt ofte syg / forkølet	

20 Barnets udvikling?

<input type="checkbox"/> Sæt X Kan løfter hovedet i mave- liggende	Hvis ja	<input type="text"/>	Hvor længe kan barnet ligge?
<input type="checkbox"/> Sæt X Triller, mave til ryg / ryg til mave	Hvis ja	Hvornår:	<input type="text"/>
Måneder?			
<input type="checkbox"/> Sæt X Sidde selv	Hvis ja	Hvornår:	<input type="text"/>
Måneder?			
<input type="checkbox"/> Sæt X Kravler	Hvis ja	Hvornår:	<input type="text"/>
Måneder?			
<input type="checkbox"/> Sæt X Går	Hvis ja	Hvornår:	<input type="text"/>
Måneder?			

21 Har barnet smidt bleen?

<input type="checkbox"/> Sæt X Ja, hvilken alder	<input type="text"/>
---	----------------------

22 Barnets trivsel

Hvordan er barnets generelle humør?	<input type="checkbox"/> Sæt X Generelt glad	<input type="checkbox"/> Sæt X Indadvendt	<input type="checkbox"/> Sæt X Kortluntet
Generelt aktiv og leger med andre børn i institutionen?	<input type="checkbox"/> Sæt X Ja	<input type="checkbox"/> Sæt X Nej	
Kan barnet sidde kortere tid og fordybe sig i aktivitet?	<input type="checkbox"/> Sæt X Ja	<input type="checkbox"/> Sæt X Nej	
Andet?	<input type="text"/>		

23 Hvordan / hvor hørte du om klinikken

<input type="text"/>
----------------------



24 Samtykke, nyhedsbrev m.m.

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

Indhente:

Samtykke til alle herunder

Samtykke nægtet til alle herunder

Eller:

Egen læge  Offentligt sygehus

Speciallæge  Privat hospital

Kiropraktor  Forsikringselskab

Fysioterapeut  Kommune

Massør

Videresende:

Samtykke til alle herunder

Samtykke nægtet til alle herunder

Eller:

Egen læge  Offentligt sygehus

Speciallæge  Privat hospital

Kiropraktor  Forsikringselskab

Fysioterapeut  Kommune

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:

Navn / signatur:

Cpr. Nr.:

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](http://www.kiropraktiskklinik.dk) kan du læse mere om, hvordan vi behandler dine personoplysninger samt hvilke rettigheder du har.