

DATUM: ...

## Persoonlijke gegevens:

Naam: ...	Voornaam: ...	Geb.datum: ...
Adres: ...	Postcode: ...	Plaats: ...
Tel.privé: ...	Tel.werk: ...	Tel.mobiel: ...
E-mail adres: ...		
Hobby/sport: ...		
Huisarts (incl adres): ...		Verzekering: ...
Datum laatste bezoek aan huisarts en waarom:...		
Huidige Lengte: ...		Gewicht: ...
broers/ zussen: ...	...zus(sen),	...broer(s)
Hoe komt u aan het adres van deze praktijk? ...		

## Wat is de reden voor uw bezoek aan deze praktijk? (preventief of nav klacht)

Reden van bezoek aan onze praktijk:.....

Medicijnen of behandelingen tegen deze klacht: ....

Ooit eerder bij Chiropractor onder behandeling geweest? .....

Zo ja: wanneer: ...                      hoevaak: ...                      naam chiropractor: ....

Begindatum van de klacht: .....                      klacht begon: plotseling / geleidelijk / door bepaalde gebeurtenis

Duur van de klacht: .....                      minuten / uren / dagen / maanden / jaren

Patroon van de klacht: constant / cyclisch / soms wel,soms niet / onregelmatig / alleen soms / eenmalig

Waardoor begint de klacht:....

Waardoor wordt het erger: ....

Waardoor wordt het minder erg: ....

Waarin belemmert het dagelijks functioneren van uw kind: ....

**De bevalling:** Was de bevalling abnormaal?(keizersnede, vacuümpomp, tang, langdurig, verdovingen etc) beschrijf: .....

Thuis of in ziekenhuis:..

Medicijnen tijdens zwangerschap: ...

## De eerste jaren:

Heeft uw kind eerst gekropen alvorens te lopen? .....

Heeft uw kind slechte reacties op de vaccinaties gehad? .....

Kinderziektes gehad? .....

Heeft uw kind ooit langdurig een inhalator of antibiotica gebruikt? ....

Overige medicijnen: ...

Heeft uw kind een operatie gehad?....

Ooit hoger dan 1 meter gevallen/gesprongen? beschrijf:

Geestelijke trauma's of stressvolle situaties/ periodes: ...

Is uw kind betrokken geweest bij een auto-ongeluk? ..

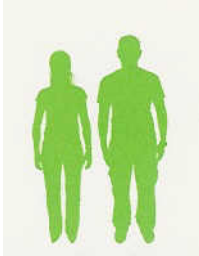
Mijn kind eet: **super gezond**(geen kleur- en smaakstoffen,bio, etc) / gezond / meestal gezond / vaak ongezond (Junk food)

Heeft uw kind wel eens last van:

Hoofdpijn	ja/nee	Migraine	ja/nee
Duizelingen	ja/nee	Oorsuizingen	ja/nee
Sinusproblemen	ja/nee	Bronchitis	ja/nee
Keelontsteking	ja/nee	Oorontsteking	ja/nee
Amandelen	ja/nee	Stijve nek	ja/nee
Rugpijn	ja/nee	Nekpijn	ja/nee
Tintelingen in armen of benen	ja/nee	Koude handen of voeten	ja/nee
Eczeem	ja/nee	Allergieën	ja/nee
Hartproblemen	ja/nee	Maag- of spijsverteringsproblemen	ja/nee
Constipatie of diarree:	ja/nee	Krampjes/ overgeven:	ja/nee

Blaasontsteking:	ja/nee	Hormonale problemen:	ja/nee
Flauwvallen	ja/nee	Koorts	ja/nee
Slaapproblemen:	ja/nee	Concentratieproblemen:	ja/nee
Nerveus:	ja/nee	Paniek aanvallen:	ja/nee
Depressief:	ja/nee		
Anders:			

---



**Hartelijk bedankt voor het invullen!**

