

VRAGENLIJST voor kinderen 0-12 jaar

Beste patient, begeleider of verzorger,

De informatie waar wij om vragen middels dit formulier kan essentieel zijn voor het onderzoeken van uw kind. Wilt u zo vriendelijk zijn dit zo volledig mogelijk in te vullen.

A. Algemene informatie

Naam:	Geb. datum:	Naam Huisarts:
Voornaam:	Leeftijd:	Adres:
Adres:	Soort Onderwijs:	Plaats/Telnr.:
Postcode:	Klas / niveau:	Wie heeft u naar ons verwezen:
Plaats:		◇ huisarts: _____ ◇ familie: _____
Telefoon:	Verzekering:	◇ internet: _____ ◇ advertentie: _____
	Verz.Nummer:	◇ kennis: _____ ◇ anders: _____

B. Huidige problemen

- Wat is de (voornaamste) reden van dit consult? _____
- Is dit ontstaan door een ongeval? J / N Zo ja, datum _____
- Zo ja, kunt u het ongeval beschrijven? _____
- Kunt u de klachten beschrijven? _____
- Kunt u aangeven wanneer de klachten zijn ontstaan / opgemerkt? _____
- Zijn de klachten voortdurend aanwezig? J / N
 Soort klacht? _____ Wanneer aanwezig en hoe lang houdt dit aan?
 1. _____
 2. _____
 3. _____
- Welke specifieke vragen wilt u beantwoord zien gedurende deze consultatie?
 1. _____
 2. _____
 3. _____

C. Medicijnen

- Gebruikt of gebruikte uw kind medicijnen? J / N
 Naam medicijn: _____ sinds - van / tot _____ (huidige) dosering _____
 1. _____
 2. _____
 3. _____

D. Medische geschiedenis

- Heeft uw kind last of ooit last gehad van (omcirkel wat van toepassing is)

Astma	Encephalitis	Virale Meningitis
Diaree	Hoofdpijn	Bacteriale Meningitis
Waterpokken	Migraine	Flauwvallen
Oorinfecties	Mazelen	Uitdroging

 Allergieën (waarvoor) _____
 Andere aandoening(en) _____
- Heeft uw kind ooit hoofdletsel gehad? J / N Datum _____ Leeftijd: _____
 Welke kant van het hoofd is geraakt? _____
 Waardoor is het hoofd geraakt? _____
 Is daarbij het bewustzijn verloren? J / N Zo ja, hoe lang? _____
- Heeft uw kind ooit epilepsie gehad? J / N Zo ja, wanneer? _____
 Hoe zag een aanval eruit? _____
 Hoelang duurde een aanval? _____
 Gebruikte uw kind hiervoor medicijnen? J / N Welke medicijnen? _____
 Heeft uw kind hierbij koorts gehad? J / N Zo ja, in welke mate? _____

E. Onderzoeken

1. Is er een CT-, MRI scan of EEG gemaakt? J / N Zo ja, welke en deze meebrengen s.v.p.
2. Zijn er therapieën door uw kind gevolgd? J / N Zo ja, welke _____
 Fysiotherapie - Logopedie - Psycholoog - RIAGG anders nl.

F. Zwangerschap

1. Zijn er bijzonderheden gedurende de zwangerschap geweest? J / N Zo ja welke; _____
2. Andere gezondheidsproblemen? J / N Zo ja welke; _____
3. Heeft de moeder hiernaast beschreven middelen gebruikt tijdens de zwangerschap? _____
- | | | | | | |
|------------|-------|----------|-------|-----------|-------|
| Alcohol | J / N | Hoeveel? | _____ | Hoe vaak? | _____ |
| Drugs | J / N | Hoeveel? | _____ | Hoe vaak? | _____ |
| Koffie | J / N | Hoeveel? | _____ | Hoe vaak? | _____ |
| Sigaretten | J / N | Hoeveel? | _____ | Hoe vaak? | _____ |
- Anders nl.: _____

G. Bevalling

1. Is uw kind te vroeg geboren? J / N Zo ja, hoeveel weken? _____
2. Gewicht en lengte van uw kind bij geboorte? Gram _____ cm
3. Zijn er middelen gebruikt om de bevalling te bevorderen? (bijv. vacuumpomp) J / N _____
4. Wat voor een bevalling heeft u gehad?
- a. Schede J / N Normaal Stuitligging
- b. Keizersnede J / N Gepland Ongepland
- c. Geef alle bijzonderheden aan m.b.t. de bevalling? Duur van de bevalling en evt. complicaties; _____
7. Wat waren de APGAR scores? _____ na 1 min. _____ na 5 min.
8. Indien uw kind problemen heeft ondervonden door de bevalling geef dan aan welke a.u.b.
 geboorte-afwijking(en) - hersenbloeding - groot / klein hoofd
 anders nl. _____

H. Ontwikkeling

1. Welke voeding heeft uw kind na de geboorte gekregen? borstvoeding / flesvoeding
2. Had uw kind problemen met het doordrinken of zuigen? J / N
3. Geef de leeftijd aan van uw kind toen deze het volgende deed:
- | | | | |
|--------------------------------|-------|----------------------|-------|
| omrollen van buik op rug | _____ | tijgeren | _____ |
| kruipen | _____ | bilschuiven | _____ |
| zitten zonder ondersteuning | _____ | anders nl. | _____ |
| lopen met houvast aan meubelen | _____ | lopen zonder houvast | _____ |
- Wanneer sprak uw kind het 1e woordje? _____ Welk woordje was dit? _____
- Wanneer was uw kind zindelijk overdag? _____ 's nachts? _____
- Is er een stagnatie of verslechtering in de ontwikkeling van de spraak geweest? J / N _____
4. Is uw kind links of rechtshandig? Linkshandig Rechtshandig

I. Schoolprestaties

1. Zijn er problemen op school? J / N _____
2. Zijn er onderdelen van vakken moeilijk? Lezen Begrijpen Rekenen Anders, nl: _____
3. Hoe zijn de sociale vaardigheden? Hoe is het contact met vrienden, ouders en anderen? _____
4. Hoe is het slaappatroon? _____
5. Zijn er abnormale bewegingen te constateren? Denk hierbij aan "tics", overmatige bewegingen, vreemde fascinaties e.d. _____
6. Komt er in de familie een van de volgende afwijkingen voor? Omcirkel indien van toepassing.
- | | | | |
|------------|-----------|-----------|-----------------|
| Dylexie | Scoliose | Rugpijn | Hyperactiviteit |
| Bedplassen | Epilepsie | Hoofdpijn | |

J. Toestemming tot behandeling

Hierbij geef ik toestemming tot behandeling aan Chiropractie Arnhem.

Handtekening: _____

Naam: _____
 patient / ouder / verzorger

Datum: _____