

# INTAKE KIND

de inhoud is strikt vertrouwelijk



Pure Health  
CHIROPRACTIC

Naam:..... Geboortedatum: / /  jongen  meisje

Adres:..... Postcode en woonplaats:.....

Telefoon:..... Mobiel:.....

Email:..... Naam moeder:.....

Naam vader:..... Naam broer / zus:.....

Hoe bent u aan ons gekomen? Via  internet  telefoonboek  krant  kennis  familie  anders:

Komt uw kind hier komt ter verbetering van gezondheid & welzijn?  Ja  Nee  andere reden: .....

Welke klachten heeft uw kind, in volgorde van ernst:

..... Hoe lang al? .....

..... Hoe lang al? .....

Deze klachten:  verergeren  verminderen  blijven hetzelfde  komen en gaan

Wat verergert de klachten? .....

Wat vermindert de klachten?.....

Wat denkt u dat er aan de hand is? .....

Aan welke oorzaak denkt u? .....

Hebben de ouders en/of broers/zussen dezelfde problemen?  Ja  Nee

Indien ja, wie: .....

Kunt u aankruisen wat voor uw kind van toepassing is:

- Eetproblemen  Weinig energie  Allergieën  Hartprobleem  Reflux  Snel geïrriteerd
- Vaak verkouden/infecties  Diabetes  Moeilijk om boertjes te laten  Slechte nachten  Koortsen
- Kanker  Blaasproblemen  Opgetrokken benen  Aanvallen/ flauwvallen  Astma  Darmproblemen
- Veel huilen  Koude handen/voeten  Eczeem

Welke behandelaars zijn hiervoor geraadpleegd?

..... Diagnose: .....

..... Diagnose: .....

Hoe is het slaappatroon? .....

Wat is het eetpatroon?.....

Welke babyvoeding?  Borstvoeding  Flesvoeding  Beide

Merk flesvoeding? .....

Had u last van aandoeningen tijdens de zwangerschap?  Ja  Nee

Zo ja, welke: .....

Hoeveel echo's zijn er tijdens de zwangerschap gemaakt? .....

Hoe was de bevalling?.....

Hoe lang duurde de bevalling?..... Hoe lang heb je moeten persen?.....

Was de geboorte:

- Prematuur  Op tijd  Overtijd  Bevalling ingeleid  geplande keizersnede  Spoed keizersnede
- Is er aan baby's hoofd getrokken  Tangverlossing  Vacuumverlossing  Stuit  Gezicht/voorhoofd presentatie



Had de baby:  Kneuzingen  Geelzucht  Speciale zorg, namelijk: .....

Welke operaties heeft uw kind gehad?

1. .... 2. .... 3. ....

En welke ernstige ziektes?

1. .... 2. .... 3. ....

Zijn er trauma's, ongelukken, aandoeningen die uw kind gehad heeft?:

1. .... 2. .... 3. ....

Gebruikt uw kind medicijnen, en zo ja, welke en waarvoor? .....

Welke vaccinaties heeft uw kind gehad?  DPT  MMR  Polio  TB  Meningitis

Had uw kind reacties op deze vaccinaties?  Ja  Nee

Zo ja, welke: .....

Naam en adres huisarts: .....

Was uw kind al eens bij een chiropractor?  Ja  Nee Zo ja, wanneer? .....

Welke van onderstaande aandoeningen komen in de familie voor, bij wie en wanneer?

Bot- en gewrichtsproblemen (Arthrose / Osteoporose).....

Vaatziekten (Hartkwalen / Herseninfarct / Bloeddruk).....

Kanker (Goedaardig / Kwaadaardig) .....

Ademhalingsproblemen (Long / Borst / Astma) .....

Spijsverteringsproblemen (Maag / Darmen) .....

Voortplantingsstelsel .....

Diabetes / Metabole stoornissen .....

Epileptie / Zenuwstelsel aandoeningen.....

Huidproblemen .....

Allergieën .....

Ander .....

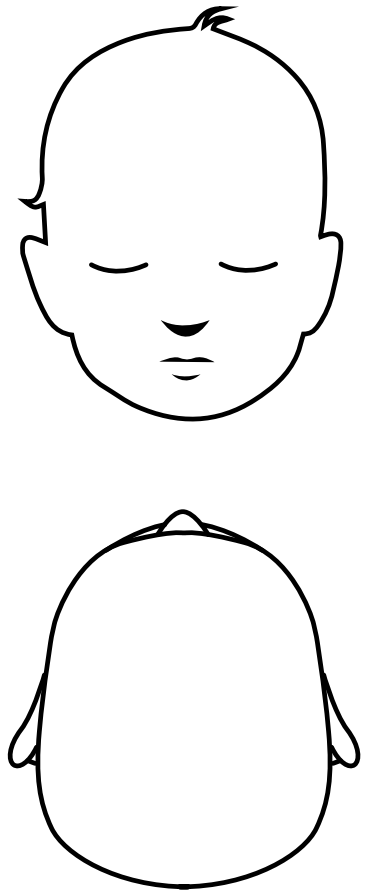
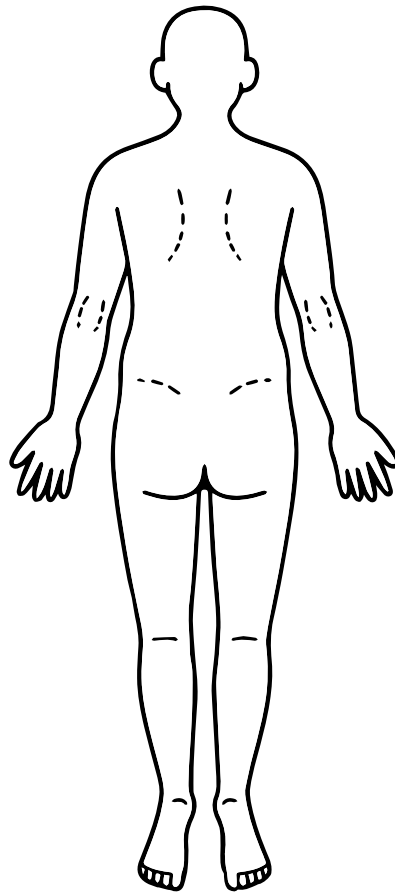
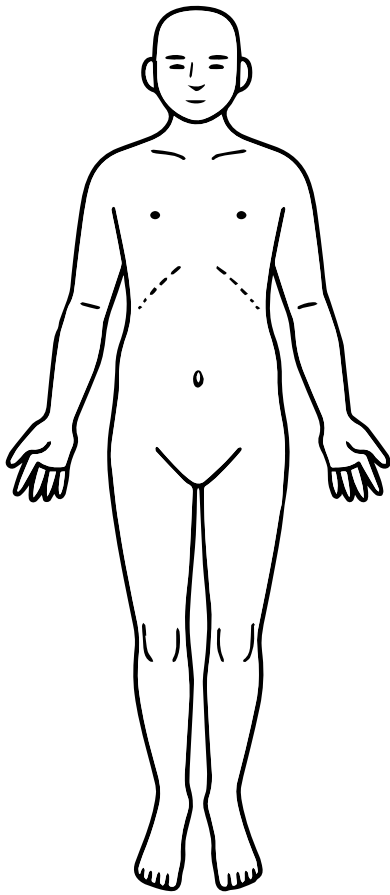
**Verklaring: "Ik heb dit formulier zo nauwkeurig mogelijk en naar beste weten ingevuld."**

Handtekening ouder:

Datum:

Handtekening chiropractor:

Datum:



.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....