



INTAKEFORMULIER
baby's en peuters

Datum

ALGEMEEN

Naam Voornaam/-letters..... M / V

Naam ouder(s)

Adres Postcode, Woonplaats

Telefoonnr. Mobiel nr.....

Email @.....

Geb. datum Leeftijd jaar en maanden

Huisarts Telefoonnr.

Verzekering Inschrijfnr. P/ZF

Hoe bent u attent gemaakt op Chiropractisch Centrum Filippo?
.....

Geeft u toestemming voor rapportage aan de huisarts of andere medici? ja / nee

Heeft uw kind eerder een chiropractische behandeling gehad? ja / nee

Zo ja, wanneer?

Van wie?Heeft het geholpen?

VERLOOP VAN DE ZWANGERSCHAP

Bent u onderhevig geweest aan verhoogde spanningen of stress?

Heeft u medicijnen gebruikt? Zo ja, welke, waarvoor en welke dosis?

.....

Heeft u gerookt? Zo ja, hoeveel?per dag.

Heeft u alcohol gebruikt? Zo ja, hoeveel?

Heeft u (soft-)drugs gebruikt? Zo ja, welke, hoe vaak en hoeveel?

VERLOOP VAN DE BEVALLING

Is uw kind thuis of in een ziekenhuis geboren?

Is uw kind te vroeg of te laat geboren? Zo ja, hoeveel weken?

Hoe lang hebben de weeën geduurd?

Is uw kind op de 'gewone' manier geboren of bijvoorbeeld via een keizersnee, met behulp van een tangverlossing of anderszins?

Wat was het geboortegewicht?pond.

KLACHTEN

Voornaamste klacht:

Wanneer zijn de klachten begonnen?

Hoe veel huilt uw baby per dag?

Op welke manier, bijvoorbeeld jengelend, schreeuwend, langdurig, etc?

.....

Wanneer huilt uw baby het meest?

Hoe is het slaap- en waakritme van uw baby? (uren achtereen, dutjes overdag, etc.)

.....

Lijkt uw baby (meer) pijn te hebben bij een bepaalde lichaamshouding? Zo ja, welke?

.....

Bent u met de klachten naar uw huisarts of een specialist geweest? Zo ja, wat was daarvan de uitslag?

Zijn er ooit röntgenfoto's gemaakt van uw baby? Zo ja, wat was de uitslag?.....
.....

ALGEMENE GEZONDHEID

Heeft de baby borstvoeding gehad, en tot wanneer?

Eet en/of drinkt uw kind genoeg? Teveel? Te weinig?

Hoe vaak heeft uw baby ontlasting?

Hoe ziet dit eruit (kleur, hard of zacht, etc.)?.....

Is uw baby getest op (voedsel-)allergieën? Zo ja, wat was de uitslag?

Wrijft uw baby vaker aan de oren of wangen?

Heeft uw kind inentingen gehad? Zo ja, welke en wanneer?

Wat was de reactie?

Hoe is de gezondheid van uw baby wanner het niet huilt?

Hoe is haar of zijn stemming op dat moment?

Zijn er andere ziektes, kwalen of bijvoorbeeld veel verkoudheden?

OMGEVING VAN HET KIND

Hoe reageert uw kind op stimuli?

Hoe reageert uw kind op andere (vreemde?) mensen?

Zijn er nog andere kinderen in het gezin? Zo ja, hoeveel en wanneer zijn ze geboren?

.....

Algemeen verloop van andere zwangerschappen en geboortes:

.....

.....

Zijn de andere kinderen gezond?

Hoe is de algemene gezondheid van de ouders?

Is er sprake van verhoogde spanning of stress in de thuissituatie?

Wordt er in de omgeving van het kind gerookt?

Is er nog iets dat u wilt toevoegen dat u van belang acht voor de behandeling van uw kind?

.....

.....

.....

.....

ONDERTEKENING

Ik heb bovenstaande informatie gelezen en begrepen en naar mijn beste weten ingevuld.
Hiermee geef ik toestemming aan Chiropractisch Centrum Filippo om mijn kind te voorzien van
chiropractische behandeling in overeenstemming met de verklaringen op dit formulier.

handtekening
ouder of verzorger

handtekening RW Filippo, D.C.

datum:

datum:

Aantekeningen

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....