

Røntgen dato:

Pasient nr.:

Konsultasjon, dato

Helseprofil for barn og ungdom



Kontaktinformasjon:

Navn: Personnummer:

Adresse: Postnummer: Poststed:

Telefon: E-post:

Kjønn: jente gutt

All informasjon behandles konfidensielt. Opplysningene brukes som grunnlag for videre oppfølging.

Fysisk aktivitet:

Hvor ofte er du ute i frisk luft?

Holder du på med idrett eller trening?

Ernæring:

Prøver du å spise sunt?

Har du mye energi eller føler du deg veldig sliten?

Er det noe mat du ikke liker å spise?

Nåværende helsestatus:

Beskriv din viktigste helseplage:

Hva setter du mest pris på ved helsen din?

Hvor lenge har du slitt med plager?

Generelt:

Har du vært i noen ulykker eller hatt skader?

Operasjoner?

Medisiner?

Hvis du har nåværende smerter i kroppen, beskriv det så grundig som mulig, det hjelper oss med å fastsette en passende helseoppfølgingsplan, og om det er noen områder som er spesielt viktig for kiropraktoren å se på.

.....

.....

.....

.....

sløvhet muskelkramper brennende/stikkende følelse skarp smerte nummenhet ømme punkter

Marker i figuren nedenfor med plassering og type ubehag du opplever:

Murring



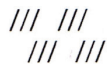
Brennende



Stikkende



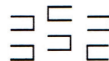
Skjærende



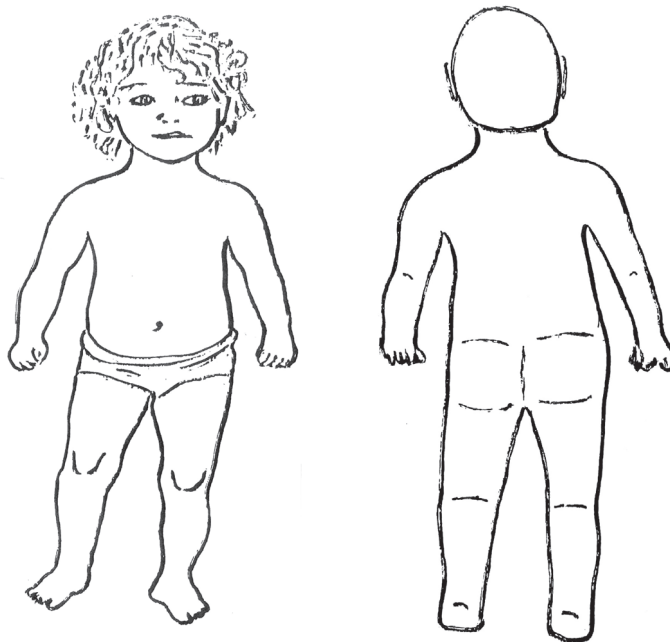
Muskelkrampe



Dovent



Ømme punkt



Hvor ofte har du smerten?

- Hele tiden
- 4–5 ganger i uken
- 1–4 ganger i måneden
- 1–6 ganger i året

Påvirker smertene deg i forhold til:

- skole/jobb ja nei
- søvn ja nei
- fritid ja nei
- daglige rutiner ja nei

Opplever du smerte når du:

- sitter ja nei
- står ja nei
- går ja nei
- bøyer deg ja nei
- ligger ja nei

Har du mottatt behandling for dine helseplager? ja nei

Hvis ja, typer av behandling og var det nyttig?

Utviklingshistorie:

Morsmelk: ja nei Hvor lenge?.....

Morsmelkerstatning: ja nei Hvor lenge?.....

Ammeproblemer/årsak til morsmelkerstatning?.....

Alder når annen mat enn morsmelk ble innført?

Er det noen konsistenser på mat du synes er ubehagelige? ja nei

Matintoleranse? ja nei

Allergi: mat medisiner andre

Merk alle som passer: mareritt dislokasjoner brudd overgrep (fysiske, seksuelle, emosjonelle)

Brukte du en elastisk babyhuske da du var liten? ja nei

Hopper du på trampoline? Eller har du gjort det tidligere? ja nei

Kan du (merk alle som passer):

sitte selv krype fremover med motsatt hånd/kne stå selv gå selv hoppe gripe lese skrive

Merk alle som passer: Bleier hele dagen og natten Bleie bare om natten Dotrening/bleieavvenning

Sengevæting Avføring minst en gang daglig

Jenter:

Har du begynt med menstruasjon? ja nei hvis, ja alder.....

Har du menstruasjonssmerter? ja nei

Helsehistorie:

Helseplager/symptomer og sykdom, kryss av under for eventuelle helseplager du har eller har hatt?

nei/aldrig
iblandt
ja/ofte

Generelt:

allergi

svimmelhet

hodepine

dobbeltsyn

kolikk

brokk

dårlig holdning

voksesmerter

skoliose

idrettsskader

vanskelig å gå

dårlig appetitt

angst

Muskler og ledd:

reumatisme

ryggsmertor

smerter eller stivhet i nakke

smerter i bryst eller overdel rygg

muskelsmerter

Smerter, nummenhet:

ansikt

skuldre

armer

albuer

hender

hofter

bein

knær

føtter

nei/aldrig
iblandt
ja/ofte

Mage/tarm

tarmsykdommer

treg mage

løs mage

magesmerter

oppblåst mage

sure oppstøt

Øyne, Ører, Nese, Hals

astma

forkjølelse

svekket hørsel

smerter i øre

ørebetennelse

øresus

øyesmerter

sår hals

neseblod

bihulebetennelse

Pust

brystsmertor

kronisk hoste

pustevansker

Hud:

tørr hud

utslett

eksem

får lett blåmerker

Hjerte og karsystem:

hjerteklaffproblemer

nei/aldrig
iblandt
ja/ofte

Blære og nyrer:

blod i urinen

hyppig vannlating

urinveisinfeksjon

smerte ved vannlating

sengevæting

Sykdommer:

diabetes

vannkopper

kusma

femte barnesykdom

parvovirus

røde hunder

meslinger

kikhoste

difteri

falsk krupp

meslinger

RSV-virus

hånd-, fot- og munnsyke

rotavirus/virusdiarè

skarlagensfeber

Neurologisk:

hjernerystelse/hodeskade

motoriske vansker

sansemotoriske problemer

lærevansker

anfall/epilepsi

ADD/ADHD

autismspekterforstyrrelser

Andre helse relaterte opplysninger/Familiehistorie?

.....
.....
.....
.....

Fødselen din:

Leie i tredje trimester: hodet ned seteleie tverrleie

Type fødsel: vaginal keisersnitt

Leie under fødselen: bakhodet først rumpa først (seteleie) stjernekikker isseleie tverrleie ansiktsleie panneleie
 hånd ved hodet

Tiltak under fødselen: medikamenter epidural tidlig vannavgang klipping tang sugekopp/vakuum

andre tiltak (beskriv):

Andre opplysninger: assistert befruktning tidlig vannavgang annet (beskriv):

.....

Kiropraktikkhistorie:

Har du vært hos kiropraktor før? ja nei

Hvor lenge siden er det du fikk din første kiropraktikkjustering?

Hvem var din forrige kiropraktor?

Varighet av behandlingen?

Grunnen til behandling?

Resultater?

Hvorfor avsluttet du behandlingen?

Dato Underskrift.....