

Velkommen til Voss Kiropraktorkontor

Navn: _____ Personnr (11 siffer): _____

Adresse: _____ Postnr og stad: _____

Foreldre: _____

Tlf heime: _____ Arbeid: _____ Mobil: _____

Fastlege: _____

Vennligst fyll ut dette skjemaet så godt du kan. Det vil hjelpe oss å hjelpe deg! Kryss av det som høver ved ” Nei Ja” og beskriv så godt du kan.

Eventuelle plager/smerter hjå barnet: _____

Eventuelle plager eller utfordringar hjå mor under svangerskapet: _____

Info om fødselen:

Født etter termin: Nei Ja, kor lenge: _____

Født før termin: Nei Ja, kor lenge: _____

Satt igang: Nei Ja, årsak: _____

Bruk av tang/vakum: Nei Ja, årsak: _____

Keisarsnitt: Nei Ja, årsak: _____

Anna: _____

Observasjonar av barnet:

Ligg med hovudet mest til eine sida: Nei Ja, kva side: _____

Spenner seg i boge bakover: Nei Ja: _____

Ligg bøygde sidevegs ("banan"): Nei Ja: _____

Vanskeleg å amme: Nei Ja: _____

Uroleg/kavar/verkar utilfreds: Nei Ja: _____

Likar å ligge på magen: Ja Nei: _____

Normal avføring? Ja Nei: _____

Hyppighet: _____

Anna: _____

Eventuelle andre undersøkelser eller behandlingar (ta med dato, kva som vart gjort, kven hjå og eventuelle funn):

Har du (foreldre) vore hjå kiropraktor før? Nei Ja I tilfelle, kven? _____

Korleis høyrde du om oss: _____

Kva er målet ditt med denne behandlinga (smertefri, bedre rørsle, funksjons sjekk, betre helse, osb): _____

Eventuell anna informasjon som du føler er viktig:

TAKK!