

Svar på spørgsmålene så godt du kan. Er du i tvivl, så spring spørgsmålet over og gå videre. Vi går skemaet igennem ved konsultationen.

1. Barnets fulde navn: _____
2. Forældre /værges fulde navn: _____
3. Barnets CPR: _____ -- _____ Er barnet medlem af Danmark? Ja _____ Nej _____
4. Forældre / værges e-mail: _____
5. Er barnet dækket af en sundhedsforsikring? Ja _____ Nej _____
6. Må vi videregive oplysninger til barnets læge, herunder resultat af evt. undersøgelser? Ja _____ Nej _____
7. Samtykke til at indhente relevante undersøgelser fra hospitaler /røntgen klinikker? Ja _____ Nej _____
8. Samtykke til videregivelse af relevante informationer til anden tilknyttet behandler? Ja _____ Nej _____
9. Hvad kan vi hjælpe jer med i dag? (Beskriv med egne ord, hvorfor i henvender jer i klinikken.)

10. Hvornår omtrent begyndte problematikken?

ca. dato: ____ - ____ - ____
 dag mdr. år

11. Hvordan startede problematikken?

langsomt, snigende: _____
pludseligt: _____

12. Ved du hvorfor problematikken er opstået?

ingen kendt årsag: _____
andet: _____

13. Er der forskel på over dagen?

værst morgen: _____
værst om natten: _____
værst morgen og aften: _____
forværres i løbet af dagen: _____
intet mønster: _____

14. Opleves der sammenhæng mellem problematikken og hhv. barnets:

Forværring i forbindelse med måltider: _____
Forværring i forbindelse med at blive lagt til at sove nat og/eller dag: _____
Forværring i forbindelse med at blive lagt på maven: _____
Forværring i forbindelse med at blive lagt på ryggen: _____

15. Er barnet født til termin?

Ja: _____
Nej (angiv hvornår barnet er født i forhold til termin): _____

16. Gik mor i fødsel af sig selv?

Ja, startede med vandafgang: _____
Ja, startede med veer: _____
Nej, blev sat i gang (angiv hvordan fødslen blev sat i gang): _____

17. Hvordan forløb fødslen?

Ukompliceret vaginal fødsel: _____ Planlagt kejsersnit: _____ Akut kejsersnit: _____
Kompliceret vaginal fødsel (angiv komplikation): _____

VEND !

18. Blev der benyttet tang eller sygekop ved fødslen?

Ja: _____

Nej: _____

19. Hvad var barnets apgar score efter fødslen (angiv tal fra 1-10)? _____

20. Har det været problemer ved at initiere og igangsætte amning?

Ja: _____

Nej: _____

Hvis ja, angiv hvordan: _____

21. Hvor mange gange i døgnet har barnet afføring? (angiv tal) _____

22. Viser barnet tegn på smerter eller ubehag i forbindelse med afføring og/eller luftavgang?

Ja: _____

Nej: _____

Hvis ja, angiv hvordan: _____

23. Hvad spiser barnet? _____

24. Hvor ofte spiser barnet? _____

25. Følger barnet sin egen vækstkurve?

Ja: _____ Nej: _____ Hvis nej, angiv hvordan barnet afviger: _____

26. Aktuell medicin. Får barnet eller den ammende mor noget medicin?

Barnet:

Medicin: _____ Tages mod: _____

Medicin: _____ Tages mod: _____

Ammende mor:

Medicin: _____ Tages mod: _____

Medicin: _____ Tages mod: _____

27. Er der metoder, ting eller aktiviteter der forværrer barnets klager?

28. Er der metoder, ting eller aktiviteter der lindrer barnets klager?

29. Har barnet tidligere været udsat for skader eller ulykker?

Nej _____ Ja - Hvilke? _____

30. Havde mor nogle komplikationer under graviditeten?

Nej _____

Ja - Hvilke? _____

31. Lider barnets forældre af nogle kendte sygdomme.

Nej _____ Ja - Hvilke? _____

32. Har barnet været indlagt eller opereret? (gælder ikke kun den region du har ondt i nu)

Nej _____

Ja - Hvornår og for hvad? _____

33. Har der fra andre sundhedspersoner eller offentlige instanser været nogle anmærkninger til barnet?

Nej _____

Ja - Hvornår og for hvad? _____

34. Hvem anbefalede dig til klinikken?

Læge _____ Kollega _____ Familie _____ Ven _____ Andet _____

35. Dato: ____/____/____ Forældre /værges underskrift: _____