

BENYT VENLIGST BLOKBOGSTAVER



KIROPRAKTIK FOR **HELE** FAMILIEN

FEINER/VILLEFRANCE

Stengade 6 – 9000 Aalborg – TLF. 98134606

Patientinformation

Barnets navn: _____ Cpr. nr.: _____

Forældres fornavne: _____

Adresse: _____ Postnr: _____

(BLOKBOGSTAVER)Mailadresse: _____

Mobil: _____ Medlem af Danmark: Ja__ Nej__

Betales behandling af Sundhedsordning eller forsikring (Navn): _____

Beskriv dit barns problematik i korte træk:

Data omkring fødslen:

Naturlig ___ Kejsersnit: ___ Sugekop/tang: ___

Fødselsvægt _____ Længde: _____ Følger vækstkurven ___

Får bryst _____ Får modermælkserstatning ___

Har favoritside til højre ___ Til venstre ___

SAMTYKKE:

Årsagen til dit barns gener skal ikke altid findes i det område, hvor generne er. Vi undersøger hele bevægeapparatet og behandler, hvor vi finder nedsat funktion.

Sæt kryds ved de punkter du kan give dit samtykke til:

___ Journalførelse og opbevaring af journal.

___ Kontakt til egen læge.

___ Rekvirering af billeddiagnostik.

___ Tværfagligt forløb – dele din journal med andre faggrupper i huset.

___ Kontakte sundhedsordning eller anden betaler.

___ Behandling af hele bevægeapparatet under hensyntagen til slidtage, skader, operationer mv.

Hvem har anbefalet dig klinikken:

Familie: _____

Venner: _____

Deres læge: _____

Anden faggr: _____

Internettet: _____

Underskrift