

Uitgebreide natuurgeneeskundig georiënteerde anamnese.

Uitleg bij de uitgebreide anamneseboog voor natuurgeneeskundig georiënteerde dento-faciale orthopedie en orthodontie ondersteund door Professionele toegepaste kinesiotherapie.

Naast de normale klinische onderzoeksmethode gebruiken we de methode van Professionele toegepaste kinesiotherapie (PAK) om een begeleidend natuurgeneeskundig georiënteerd therapieconcept uit te werken.

De Professionele toegepaste kinesiotherapie verbindt d.m.v. specifieke spiertesten de reguliere geneeskunde met complementaire therapieën. Zo ontstaan diagnose en therapie, rekening houdende met het ganse lichaam, bruikbaar bij functionele stoornissen.

De behandelmethoden van de natuurgeneeskunde zijn, ofschoon sinds vele jaren zeer nuttig gebleken, door de heersende wetenschap nog niet geaccepteerd. Voor de reguliere geneeskunde zijn voor veel aandoeningen de oorzaken, en in bijzonder de helingsmogelijkheden, niet goed gekend. Natuurgeneeskundige methoden worden hoe langer hoe meer ingezet daar ze over het algemeen zeer werkzaam kunnen zijn.

Essentieel voor een succesrijke behandeling is een zo nauwkeurig mogelijke voorgeschiedenis. Vul a.u.b. de bijgevoegde vragenlijst zeer zorgvuldig in - het gaat om tenslotte om je kind! Schrijf liever te veel dan te weinig. De hiernavolgende vragen hebben zijn dan ook in betrekking tot je kind.

Als je kind medicamenten/supplementen neemt ten tijde van het onderzoek, gelieve hier dan een lijst van mee te brengen. Breng ook vroegere gegevens röntgenopnamen (tanden, CT, MRT), labo-uitslagen, ... mee.

Gelieve de meest recente OPG (RX overzichtsfoto van de tanden, max 2 jaar oud) op te vragen en deze vóór het consult naar ons te (laten) mailen. Indien U geen recente OPG heeft, hoeft u geen foto te laten maken. We nemen zelf een nieuwe foto op de dag van het consult.

Naam en voornaam :

Geboortedatum : ___ / ___ / ___

Gewicht :

Lengte :

1. Wat is de reden van uw consultatie ? Wat zijn de huidige klachten en sinds wanneer :

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

Ja Neen

1. Is uw kind momenteel in behandeling bij een arts? Indien ja, waarom?
.....
.....
2. Neemt uw kind regelmatig geneesmiddelen in? Indien ja, welke?
.....
.....
3. Is er ooit een abnormale reactie opgetreden na inname van een geneesmiddel?
.....
.....
4. Is de geboorte abnormaal verlopen? Indien ja, hoe?
 Ingeleid (Zeer) lange/korte bevalling Keizersnede Vroeggeboorte
 Zuignap Tangen Stuitligging Duwen op de buik
.....
.....
5. Heeft uw kind een osteopathie behandeling gehad (kort) na de geboorte?
 6. Was uw kind een huilbaby?
 7. Had uw kind last van reflux?
 8. Heeft uw kind borstvoeding gekregen? Indien ja, hoelang?
9. Had uw kind problemen met de overstap naar hypo-allergene melk?
 10. Heeft (of had) uw kind vaak last van keel- en/of oorontstekingen?
 11. Bestaan er medische problemen, waarvan ik op de hoogte dien te zijn?
Beschrijf aub.
.....
.....
12. Welke kinderziekten heeft uw kind doorgemaakt?
.....
.....
13. Bestaat er een allergie? Indien ja, tegen wat?
.....
.....
14. Zijn er amandelen of poliepen verwijderd? Indien ja, wanneer?
.....
.....
15. Zijn er sinusproblemen?
.....
.....
16. Ademt uw kind door de mond?
.....
.....
17. Zijn er voormalige operaties, ongevallen of verwondingen (met littekens) aanwezig? Zijn er evt. vreemde voorwerpen achtergebleven?
.....
.....
.....
.....

18. Heeft uw kind ooit een ongeval met letsels aan tanden, kaken, kin, hoofd of nek gehad? (bv. whiplash) Indien ja, wanneer?
.....
.....
.....
19. Was uw kind voor een van de volgende ziekten in behandeling bij een arts?
Onderstreep het gepaste.
diabetes, reumatische koorts, hooikoorts, astma, eczema, hart- vaat- of longziekten,
lever- darm- of nieraandoeningen, schildklier- of andere hormonale storingen,
bloedstollingproblemen, epilepsie, stress gerelateerde aandoeningen,

Naam, adres en telefoonnummer van de behandelende arts
.....
.....
20. Heeft uw kind een ziekte die over de bloedweg overdragen kan worden?
.....
21. Draagt uw kind contactlenzen?
.....
22. Draagt uw kind steunzolen? Indien ja, sinds wanneer? Door wie gemaakt?
.....
23. Heeft uw kind ooit logopedie gevolgd? Indien ja, wanneer? Waarom?
.....
.....
24. Klaagt uw kind regelmatig over hoofdpijn? Wanneer? Hoe vaak?
.....
.....
25. Bestaan er eender welke problemen ivm. de wervelzuil, evt. uitstralend naar handen of benen? Op welke plaats? Hoe dikwijls?
.....
.....
26. Is er door een orthopedist een vervorming van de wervelzuil vastgesteld?
.....
27. Treden er regelmatig knak of andere geluiden in de kaakgewrichten op?
.....
28. Treden er pijn op in kaak, gelaat, voor de oren of in het kaakgewricht bij het kauwen op?
.....
29. Heeft uw kind al geklaagd van beperkte mondopening of onderkaaksbeweging?
.....
30. Knarst uw kind met de tanden?
.....
31. Zijn er bij uw kind de laatste 12 maanden röntgenfoto's genomen? Indien ja, bij welke arts, tandarts of ziekenhuis? Welk lichaamsdeel?
.....
32. Heeft uw kind al een orthodontische behandeling gehad? Waar? Van tot? Met welke beugel?
.....
33. Heeft uw kind ooit geduimd, (duimen of vingers) of aan nagelbijten gedaan? Tot wanneer? Nu nog?
34. Hoe lang geleden was het laatste tandartsbezoek? Maanden
35. Hoe vaak poetst uw kind de tanden?
36. Worden extra hygiëne-maatregelen gebruikt? (bv. monddouche, tandzijde,...)
.....