

Benvenuto al Centro Chiropratico Optimal Living!

Benessere duraturo e vitalità sono un nostro diritto di nascita. Pochi sanno perché li perdiamo e come recuperarli.

Benessere e vitalità sono l'espressione della vita dei vostri figli.

Anche i neonati sperimentano esperienze fisiche, chimiche, emotive e mentali (stressanti) che possono accumularsi tutti i giorni e possono interferire e mettere a prova l'espressione della loro vitalità. Il nostro obiettivo è di trovare le interferenze e di intervenire con delle correzioni molto delicate per permettere al sistema nervoso ed al corpo di vostro figlio di riorganizzarsi dall'interno all'esterno riportandolo ad una maggiore espressione di benessere.

Conoscere vostro figlio ci aiuterà a capire chi è, perché vi siete rivolti al Centro, cosa vi aspettate e cosa possiamo fare per aiutare la vostra famiglia nel percorso verso il benessere.

Vi chiediamo di prendervi un paio di minuti per completare le informazioni su vostro figlio. Se avete domande non esitate a contattarci.

Il Centro Chiropratico Optimal Living è felice di essere al servizio della vostra famiglia. Il nostro impegno è attivare le vostre risorse per esprimere il vostro massimo potenziale vitale così che possiate vivere la più alta espressione della salute, del benessere e della Vitalità Ottimale.

INFORMAZIONI GENERALI SUL MINORE

Nome.....**Cognome**

Indirizzo.....

Città**Provincia** **CAP**.....

Telefono/cellulare

Occupazione

Email

Data di nascita

Nome dei genitori

Nome ed età di fratelli o sorelle

.....

E' mai stato da un chiropratico in passato? Se si quando?

.....

La famiglia frequenta un chiropratico?

.....

C'è qualcosa riguardo la spina dorsale o il sistema nervoso di suo figlio che dovremmo sapere?

.....

.....

Perché si sta rivolgendo al nostro Centro per suo figlio?

.....

.....

Qual è il livello di impegno che lei dedica a se stesso, alla sua vita e al suo viaggio verso il benessere ed a quello di suo figlio?

Alto..... Medio Basso

Come ha conosciuto il Centro Optimal Living?

.....

INFORMAZIONI SU NASCITA E PARTO

Nome dell'ostetrica/levatrice

Nome del medico/Pediatra

Tipo di nascita? Cefalico, podalico, occipito posteriore

Luogo di nascita?

Assistenza al parto? (medico, levatrice...)

E' stato necessario qualche intervento durante il parto? (forcipe, ventosa, cesareo...)
.....

Complicazioni alla nascita?

A che settimana di gestazione è avvenuta la nascita?.....

Peso del neonato alla nascita..... lunghezza

Anomalie o difetti congeniti?

Il neonato è stato sottoposto a uno dei seguenti trattamenti?

Gocce oculari di nitrato d'argento

incubatrice (per quanto tempo)

Iniezioni di vitamina K.....

Iniezione per l'epatite

Separazione dalla madre (per quanto tempo).....

il neonato era sveglio e reattivo a 12 ore dal parto?
.....

Posizione della madre durante il parto (di schiena, sul fianco, seduta, in piedi, altro)
.....

Il parto è stato indotto?

La madre ha preso medicinali prima, durante o dopo la nascita? (epidurale, morfina o altro)
.....

La madre ha subito una episiotomia?

Durata del travaglio e del parto

CRESCITA E SVILUPPO

A che età il bambino è stato in grado di:

seguire un oggetto..... reagire ai suoni

sollevare la testa

stare seduto senza aiuto

gattinare

camminare.....

Ritiene che suo figlio dorma in maniera normale?

Spieghi

Ci sono stati problemi di salute nella famiglia materna? (cancro, diabete, malattie cardiache ecc)

.....
.....

nella famiglia paterna?

.....

nei fratelli o sorelle?

.....

STRESS CHIMICI

ci sono stati traumi o malattie durante la gravidanza?

.....
.....

Durante la gravidanza la madre:

Fumava (direttamente o indirettamente, se si quanto)

Beveva alcolici (se si quanto)

prendeva integratori (se si li elenchi)

Faceva uso di farmaci (se si li elenchi).....

Ha fatto ultrasuoni o radiografie

ha subito procedure invasive (amniocentesi, ecc)

Ha allattato al seno? Fino a che età?

Ha introdotto il latte in polvere a che età?

Ha introdotto il latte vaccino a che età?

Ha introdotto i cibi solidi a che età? Di che tipo?

.....

Elenchi l'utilizzo di antibiotici nella vita del bambino e i diversi tipi:

.....
.....

Ha fatto le vaccinazioni? Quali e a che età?

.....

Motivo della vaccinazione?

Reazioni negative?

Ci sono fumatori in casa? Elenchi

Ci sono animali in casa? Elenchi

STRESS PSICOSOCIALI

La madre ha avuto problemi durante l'allattamento?

.....

Problemi nel legame col figlio?

Problemi comportamentali?

Quante ore dorme il bambino?

ha mai avuto incubi, episodi di sonnambulismo, difficoltà a dormire?

.....

quante ore guarda la televisione in media ogni settimana?.....

Pensa che lo sviluppo sociale ed emotivo del bambino sia normale per la sua età? (spiegare)

.....

STRESS FISICI

La madre ha subito traumi durante la gravidanza? (cadute, incidenti ecc)

.....

.....

C'erano segni di un trauma alla nascita sul bambino? Segni tutti quelli validi:

echimosi

testa deformata.....

parto molto veloce o eccessivamente lungo

blocco nel canale del parto

problemi respiratori

cordone intorno al collo.....

Il bambino è mai caduto dal divano, dal letto, dal fasciatoio ecc ?

.....

Ha mai subito traumi che gli hanno lasciato echimosi, fratture o necessità di suture?

.....

Ha subito ricoveri ospedalieri o interventi chirurgici?

.....

Fa qualche sport in particolare? A che età ha cominciato? (elencare gli sport e le ore settimanali dedicate)

Quante ore a settimana dedica al gioco e al divertimento

Usa uno zaino per la scuola? Pesante o leggero?

.....

Altri commenti.....
.....
.....
.....

Io sottoscritto in qualità di
..... autorizzo e acconsento alla valutazione e al trattamento
chiropratico di mio/a figlio/a.

Firma del genitore (da apporre presso il centro alla presenza del testimone)

.....

data

Firma del testimone

Grazie per il tempo che ci ha dedicato.
La aspettiamo per offrire alla sua famiglia
tutto il nostro aiuto.