

שם: _____ תאריך לידה: _____

היו אי סדרים בתקופה הינקות? (כגון בעיות בהרמה או במיקומו של הראש, חיבור הגולגולת,...):

מתי הילד שלך התחיל לזחול? לאחר כמה חודשים _____ הלך? _____ חודשים

מחלות: _____

תרופות: _____

אלרגיות: _____

טיפולים אורתודונטיים כגון הפלטה / מלקחיים: _____

רפידות נעליים: _____

תאונות: _____ ניתוחים: _____

ספורט: _____

איזה תסמינים אחרים שמת לב אצל הילד שלך? (בעיות שינה, בריחת שתן ...):

טיפולים שעבר (קלינאות תקשורת, ריפוי בעיסוק,...) הומיאופתיה , ...): _____

טיפולים קודמים (אוסטאופתיה, פיזיותרפיה , ...) _____

תאריך: _____ חתימה: _____