



## Intakeformulier mesologie® volwassenen

info@behandelcentrum-mesologie.nl  
www.behandelcentrum-mesologie.nl

Afspraak met: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Tijd: \_\_\_\_\_

Naam: \_\_\_\_\_  M  V Geboortedatum: \_\_\_\_\_

Voornaam: \_\_\_\_\_ Geboorteplaats: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_ E-mailadres: \_\_\_\_\_

Postcode: \_\_\_\_\_ Telefoon/mobiel: \_\_\_\_\_

Woonplaats: \_\_\_\_\_ Zorgverzekeraar: \_\_\_\_\_

Huisarts: \_\_\_\_\_ Telefoon: \_\_\_\_\_

Bent u onder behandeling van een specialist/kinderarts, naam: \_\_\_\_\_ Telefoon: \_\_\_\_\_

Door wie bent u geïnfomeerd/geadviseerd: \_\_\_\_\_

Gebruikt u op dit moment medicatie?

Naam medicatie	Merk	Gebruik	Hoeveelheid
_____	_____	_____ x daags	_____
_____	_____	_____ x daags	_____
_____	_____	_____ x daags	_____

Gebruikt u andere middelen die zijn voorgeschreven door anderen of op uw eigen initiatief, bijvoorbeeld (voedings)supplementen, paracetamol, neusspray of slaaptabletten? Gelieve deze 24 uur voor het consult niet meer in te nemen.

Middel	Merk	Gebruik	Hoeveelheid
_____	_____	_____ x daags	_____
_____	_____	_____ x daags	_____
_____	_____	_____ x daags	_____

Graag de medicatie en supplementen bij het consult meebrengen.



## Leefsituatie

Burgerlijke staat: \_\_\_\_\_

Wat is uw beroep: \_\_\_\_\_

Wat waren uw vorige werkzaamheden: \_\_\_\_\_

Wat doet u voor sport/hobby/vrije tijd: \_\_\_\_\_

Aanvulling: \_\_\_\_\_

## Klachten

Wat is uw voornaamste klacht: \_\_\_\_\_

Welke bijkomende klachten heeft u: \_\_\_\_\_

Wanneer is/zijn deze ontstaan: \_\_\_\_\_

Was er een aanleiding: \_\_\_\_\_

Hoe uit(en) deze zich: \_\_\_\_\_

Welk cijfer zou u uw gezondheid nu geven: (1=slechst, 10=best) \_\_\_\_\_

Zijn er omstandigheden die verbetering geven: \_\_\_\_\_

Zijn er omstandigheden die verergering geven: \_\_\_\_\_

Is er een regelmaat of patroon te ontdekken: \_\_\_\_\_

Is/zijn uw klacht(en) periode-afhankelijk, bijvoorbeeld tijd, dag, maand, seizoen: \_\_\_\_\_

Heeft pijn:  ja  nee

Zo ja, wat is de aard van de pijn:  stekend  brandend  zeurend  schietend

kloppend  dof  snijdend

Aanvulling: \_\_\_\_\_

## Persoonlijke kenmerken:

Uw lengte: \_\_\_\_\_ m Uw gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Hoe voelt u zich in het algemeen: \_\_\_\_\_

Zijn er gedurende de dag inzinkingen: \_\_\_\_\_

Kunt u makkelijk slapen:  ja  nee Wordt u 's nachts wakker, hoe laat: \_\_\_\_\_ uur

Frequentie van de stoelgang: \_\_\_\_\_ x dagelijks/ \_\_\_\_\_ x per week -->  regelmatig  onregelmatig

Consistentie van de stoelgang:  vast  brijig  zacht  waterig

Kleur van de stoelgang:  wit  lichtbruin  geelbruin  donkerbruin  zwart  groen

Transpireert u:  veel  weinig  niet  sterk ruikend

Graag aankruisen waar je jezelf in herkent:

- |                                      |  |  |   |
|--------------------------------------|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Angstig     | <input type="checkbox"/> Boos              | <input type="checkbox"/> Perfectionistisch | <input type="checkbox"/> Piekeren               |
| <input type="checkbox"/> Hyperactief | <input type="checkbox"/> Verdrietig        | <input type="checkbox"/> Gejaagd           | <input type="checkbox"/> Cijfer mezelf snel weg |
| <input type="checkbox"/> Depressief  | <input type="checkbox"/> Snel schuldgevoel | <input type="checkbox"/> Stress gevoelig   | <input type="checkbox"/> Veel zelfvertrouwen    |
| <input type="checkbox"/> Opkroppen   | <input type="checkbox"/> Blij              | <input type="checkbox"/> Bezorgd           | <input type="checkbox"/> Weinig zelfvertrouwen  |

Aanvulling: \_\_\_\_\_



## Historie en familie

Welke ziekten, operaties, ongevallen, behandelingen en/of emotionele gebeurtenissen heeft U in uw leven doorgemaakt:

---

---

---

---

---

---

---

---

Welke ziekte of aandoening was het zwaarst in uw leven: \_\_\_\_\_

Welke kinderziektes heeft u doorgemaakt: \_\_\_\_\_

Heeft u antibiotica gebruikt:  1 keer  regelmatig  heel vaak  langdurig

Heeft u buiten Europa gereisd:  ja  nee Waar: \_\_\_\_\_

Heeft u vaccinaties gehad i.v.m.:  reizen  griep  rijksvaccinatieprogramma

Bent u in het verleden onder behandeling geweest van een andere therapeut/specialist bijvoorbeeld cardioloog, internist, mesoloog, osteopaat, acupuncturist, homeopaat: \_\_\_\_\_

Welke ziekten en/of aandoeningen (wel/niet erfelijk) komen er in uw familie voor?

Moeder: \_\_\_\_\_ Vader: \_\_\_\_\_

Anders: \_\_\_\_\_

Aanvulling: \_\_\_\_\_

## Voedingsgewoonten

Eet u:  vegetarisch  veganistisch Anders: \_\_\_\_\_

Heeft u een voorkeur voor:  zoet  zout  zuur  pikant  bitter

Heeft u een afkeur voor:  zoet  zout  zuur  pikant  bitter

Welke voedingsmiddelen of dranken liggen u niet goed: \_\_\_\_\_

Heeft u grote behoefte aan zoetheid:  ja  nee Wat neemt u dan: \_\_\_\_\_

Drinkt u koffie:  ja  nee Hoeveel: \_\_\_\_\_

Drinkt u wel eens alcohol:  ja  nee Wat en hoeveel: \_\_\_\_\_

Rookt u:  ja  nee Hoeveel: \_\_\_\_\_ Heeft u gerookt:  ja  nee

Gebruikt u drugs:  ja  nee Hoeveel: \_\_\_\_\_ Heeft u drugs gebruikt:  ja  nee

Aanvulling: \_\_\_\_\_

## Allergie/Overgevoeligheden

Heeft u wel eens een koortslip:  ja  nee

Allergie/overgevoeligheid voor:  gluten  koemelkeiwit  lactose  hooikoorts  huisstofmijt

vruchten  insecten  sieraden  paracetamol  antibiotica

Aanvulling: \_\_\_\_\_



Algemeen	vroeger	nu
Migraine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duizeligheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slechte concentratie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slapeloosheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slecht geheugen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gewichtverandering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ toename ○ afname		
Vermoeidheid:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ continue ○ ochtend ○ middag ○ avond		
Zichtvermogen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ vaag zien ○ dubbel zien ○ staar		
Hoofdpijn:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ dagelijks ○ wekelijks ○ maandelijks		
Waar in het hoofd heeft u pijn: _____		
Aanvulling: _____		

Circulatie	vroeger	nu
Bloeddruk hoog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bloeddruk laag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beklemmend gevoel op de borst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Onregelmatige hartslag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Snel blauwe plekken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spataderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hartkloppingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Restless legs (onrustige benen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opgezette klieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vocht vasthouden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koude handen en voeten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bloedarmoede (anemie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aanvulling: _____		

Spielen en gewrichten	vroeger	nu
Nekpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reumatische klachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gewrichtspijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stijf bij opstaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spielen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ slap ○ gespannen ○ pijnlijk ○ krampen		
Rugpijn:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ hoog ○ midden ○ laag		
Aanvulling: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Huid/Haar/Nagels	vroeger	nu
Snel brekende nagels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haar:		
○ snel brekend ○ uitval		
Huid:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ vet ○ droog ○ uitslag ○ eczeem		
○ jeuk ○ slechte wondgenezing ○ acne		
Littekens:	○ ongeval ○ operatie	
Waar heeft u littekens: _____		
Aanvulling: _____		

Algemeen	vroeger	nu
Buikkrap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Misselijkheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Winderigheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Borrelende buik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obstipatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarree	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bloed bij ontlasting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slijm bij de ontlasting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Droge mond	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slechte adem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opgeblazen gevoel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brandend maagzuur (reflux):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ altijd ○ na de maaltijd ○ 's nachts		
Anus: ○ jeuk ○ kramp ○ aambeien		
Aanvulling: _____		

Luchtwegen/KNO	vroeger	nu
Oorsuizen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ontstoken holtes (sinusitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oorpijn/ontsteking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ademhaling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ benauwd ○ kortademig ○ hyperventilatie		
Astma	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Chronisch verkouden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Aanvulling: _____		

Urinewegen	vroeger	nu
Nierinfectie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierstenen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incontinentie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pijn bij het plassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blaasontsteking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aanvulling: _____		

Man	vroeger	nu
Verandering libido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erectiestoornis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prostaatvergroting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aanvulling: _____		

Vrouw	vroeger	nu
Bent u monenteel zwanger:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Zwangerschappen doorgemaakt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Onvoldragen zwangerschappen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Gebruikt u anticonceptie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Welke: _____		
Leeftijd van uw eerste menstruatie jaar: _____ jaar		
Verandering libido	<input type="checkbox"/> vroeger	<input type="checkbox"/> nu
Vaginale klachten:	<input type="checkbox"/> vroeger	<input type="checkbox"/> nu
○ afscheiding ○ infecties ○ jeuk ○ SOA		
Menstruatieklachten:	<input type="checkbox"/> vroeger	<input type="checkbox"/> nu
○ PMS ○ pijnlijk ○ hevig ○ langdurig ○ onregelmatig		
Aanvulling: _____		

