



Intakeformulier mesologie® kind - middelbare school

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

Afspraak met: _____

Datum: _____ Tijd: _____

Naam: _____ M V Geboortedatum: _____

Voornaam: _____ Geboorteplaats: _____

Naam ouders: _____ E-mailadres: _____

Adres: _____ Telefoon/mobiel: _____

Postcode: _____ Woonplaats: _____ Zorgverzekeraar: _____

Huisarts: _____ Telefoon: _____

Ben je onder behandeling van een specialist/kinderarts, naam: _____ Telefoon: _____

Door wie bent je geïnformeerd/geadviseerd: _____

Gebruikt je op dit moment medicatie?

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

Gebruik je 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

School: _____ Niveau: _____ Klas: _____

Gezinsamenstelling (broers, zussen, ouders, co-ouderschap): _____

Werk je (of bijbaan): _____

Hoeveel tijd per dag: zit je achter de (spel)computer: _____ kijk je televisie: _____

besteed je aan je huiswerk: _____ beweeg je: _____

Aanvulling: _____

Klachten

Wat is je voornaamste klacht: _____

Welke bijkomende klachten heb je: _____

Wanneer is/zijn deze ontstaan: _____

Was er een aanleiding: _____

Hoe uit(en) deze zich: _____

Welk cijfer zou je je gezondheid nu geven: (1=slechtst, 10=best) _____

Zijn er omstandigheden die verbetering geven: _____

Zijn er omstandigheden die verergering geven: _____

Is er een regelmaat of patroon te ontdekken: _____

Is/zijn je klacht(en) periode-afhankelijk, bijvoorbeeld tijd, dag, maand, seizoen: _____

Is er sprake van pijn: ja nee

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

kloppend dof snijvend

Aanvulling: _____

Persoonlijke kenmerken:

Je lengte: _____ m Je gewicht: _____ kg

Hoe voel je je in het algemeen: _____

Hoe laat ga je naar bed: _____ uur Kom je dan makkelijk in slaap: ja nee

Wordt je '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

Transpireer je: veel weinig niet sterk ruikend

Draag je een beugel: ja nee Heb je een spalkje/draadje (na de beugel)? ja nee

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"/> Praat makkelijk | <input type="checkbox"/> Het gevoel er niet bij te horen |
| <input type="checkbox"/> Depressief | <input type="checkbox"/> Veel vrienden | <input type="checkbox"/> Rustig | <input type="checkbox"/> Bezorgd |
| <input type="checkbox"/> Zenuwachtig | <input type="checkbox"/> Weinig vrienden | <input type="checkbox"/> Veel zelfvertrouwen | <input type="checkbox"/> Blij |
| <input type="checkbox"/> Moeite met concentreren | <input type="checkbox"/> Opkroppen | <input type="checkbox"/> Weinig zelfvertrouwen | <input type="checkbox"/> Ik word gepest |

Aanvulling: _____



Historie en familie

Welke ziekten, operaties, ongevallen, behandelingen en/of emotionele gebeurtenissen heeft uw kind doorgemaakt:

Welke ziekte of aandoening was het zwaarst in je leven: _____

Welke kinderziekten heb je doorgemaakt: _____

Heb je antibiotica gebruikt: 1 keer regelmatig heel vaak langdurig

Heb je buiten Europa gereisd: ja nee Waar: _____

Heb je vaccinaties gehad i.v.m.: reizen griep rijksvaccinatieprogramma

Ben je 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 de familie?

Moeder: _____ Vader: _____

Anders: _____

Aanvulling: _____

Voedingsgewoonten

Eet uw kind: vegetarisch veganistisch Anders: _____

Heeft uw kind een voorkeur voor: zoet zout zuur pikant bitter

Heeft uw kind een afkeur voor: zoet zout zuur pikant bitter

Welke voedingsmiddelen of dranken liggen je niet goed: _____

Heb je grote behoefte aan zoetheid: ja nee Wat neem je dan: _____

Drink je koffie: ja nee Hoeveel: _____

Drink je wel eens alcohol: ja nee Hoeveel: _____

Rook je: ja nee Hoeveel: _____

Gebruik je wel eens drugs: ja nee Hoeveel: _____

Aanvulling: _____

Allergie/Overgevoeligheden

Allergie/overgevoeligheid voor: gluten koemelkeiwit lactose hooikoorts huisstofmijt

vruchten insecten sieraden paracetamol antibiotica

Aanvulling: _____



Algemeen	soms	vaak
Migraine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duizeligheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Extreme uitputting na inspanning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gewichtsverandering:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> toename <input type="radio"/> afname		
Vermoeidheid:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> continue <input type="radio"/> ochtend <input type="radio"/> middag <input type="radio"/> avond		
Hoofdpijn:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> dagelijks <input type="radio"/> wekelijks <input type="radio"/> maandelijks		
Waar in het hoofd: _____		
Aanvulling: _____		

Circulatie	soms	vaak
Opgezette klieren	<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: _____		

Spiere en gewrichten	soms	vaak
Spiere:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> slap <input type="radio"/> gespannen <input type="radio"/> pijnlijk <input type="radio"/> krampen		
Rugpijn:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> hoog <input type="radio"/> midden <input type="radio"/> laag		
Aanvulling: _____		

Huid/Haar/Nagels
Huid: <input type="radio"/> vet <input type="radio"/> droog <input type="radio"/> uitslag <input type="radio"/> eczeem (gehad)
<input type="radio"/> jeuk <input type="radio"/> acne <input type="radio"/> slechte wondgenezing
Littekens: <input type="radio"/> ongeval <input type="radio"/> operatie
Waar heb je ze: _____
Aanvulling: _____

Algemeen	soms	vaak
Buikpijn	<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"/>
<input type="radio"/> altijd <input type="radio"/> na de maaltijd <input type="radio"/> 's nachts		
Anus: <input type="radio"/> jeuk <input type="radio"/> kramp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aanvulling: _____		

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

Urinewegen	soms	vaak
Pijn bij het plassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blaasonsteking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bedplassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aanvulling: _____		

Vrouw
Indien van toepassing, leeftijd van je eerste menstruatie: _____ jaar
Gebruik je de pil: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee Welke: _____
Veginale klachten <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> afscheiding <input type="checkbox"/> infecties <input type="checkbox"/> jeuk <input type="checkbox"/> SOA
Menstruatieklachten <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> PMS <input type="checkbox"/> pijnlijk <input type="checkbox"/> hevig <input type="checkbox"/> langdurig <input type="checkbox"/> onregelmatig
Aanvulling: _____

