



Intakeformulier mesologie® kind - 0 tot 4 jaar

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

Afspraak met: _____

Datum: _____ Tijd: _____

Algemeen persoonlijke gegevens

Naam: _____ M V Geboortedatum: _____

Voornaam: _____ Geboorteplaats: _____

Naam ouders: _____ E-mailadres: _____

Adres: _____ Telefoon/mobiel: _____

Postcode: _____ Woonplaats: _____ Zorgverzekeraar: _____

Medische gegevens

Huisarts: _____ Telefoon: _____

Is uw kind onder behandeling van een specialist/kinderarts, naam: _____ Telefoon: _____

Door wie bent u geïnformeerd/geadviseerd: _____

Gebruikt uw kind op dit moment medicatie?

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

Gebruikt uw kind op dit moment 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

Gaat uw kinde naar een kinderdagverblijf: ja nee

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

Aanvulling: _____

Klachten

Wat is de voornaamste klacht: _____

Welke bijkomende klachten heeft uw kind: _____

Wanneer is/zijn deze ontstaan: _____

Was er een aanleiding: _____

Hoe maakt uw kind de klacht(en) kenbaar: _____

Zijn er omstandigheden die verbetering geven: _____

Zijn er omstandigheden die verergering geven: _____

Is er een regelmaat of patroon te ontdekken: _____

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

Is er sprake van pijn: ja nee

Aanvulling: _____

Persoonlijke kenmerken:

Hoe laat gaat uw kind naar bed: _____ uur

Komt uw kind makkelijk in slaap: ja nee

Wordt uw kind 's nachts wakker: ja nee

Hoe laat: _____ uur

Is uw kind zindelijk overdag: ja nee

Zindelijk 's nachts: ja nee

Heeft uw kind het volledige melkgebit: ja nee

Is uw kind al aan het tanden wisselen: ja nee

Hoe verloopt dit: _____

Is uw kind traag met: staan lopen praten

Speelt uw kind graag: alleen samen binnen buiten

Is uw kind: groot voor de leeftijd klein voor de leeftijd

Frequentie van de stoelgang van uw kind: _____ 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 uw kind: veel weinig Waar: _____

Huilt uw kind veel: ja nee Kunt u dit in uren benoemen: _____

Hoe voelt uw kind zich in het algemeen: _____

Geef een korte beschrijving van uw kind: _____

Aanvulling: _____



Graag aankruisen waar u uw kind in herkent:

- | | | | |
|---|--|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Bang om alleen te zijn | <input type="checkbox"/> Boos | <input type="checkbox"/> Traag | <input type="checkbox"/> Fijn om te knuffelen |
| <input type="checkbox"/> Hyperactief | <input type="checkbox"/> Jantje lacht jantje huult | <input type="checkbox"/> Driftig | <input type="checkbox"/> Vervelend om te knuffelen |
| <input type="checkbox"/> Jaloers | <input type="checkbox"/> Schrikkerig | <input type="checkbox"/> Vrolijk | <input type="checkbox"/> Moederskindje |

Is uw kind al eens geopereerd: ja nee Waarvoor: _____

Heeft uw kind antibiotica gebruikt: 1 keer regelmatig heel vaak langdurig

Heeft uw kind borstvoeding gehad: ja nee Hoe lang: _____

Heeft uw kind vaccinaties gehad i.v.m.: reizen griep rijksvaccinatieprogramma

Welke kinderziektes heeft uw kind doorgemaakt: _____

Is de zwangerschap van uw kind goed verlopen: ja nee Wanneer ging het niet goed: _____

Wat ging er niet goed: _____

Heeft u tijdens uw zwangerschap medicijnen gebruikt: ja nee Welke: _____

Wanneer: _____ Waarvoor: _____ Hoe lang: _____

Hoe verliep de bevalling: _____

Waren er complicaties: _____

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

Moeder: _____ Vader: _____

Anders: _____

Aanvulling: _____

Heeft/krijgt uw kind borstvoeding (gehad): ja nee Hoe lang: _____

Heeft uw kind grote behoefte aan zoetheid: ja nee Wat neemt hij/zij dan: _____

Welke voedingsmiddelen of dranken liggen uw kind niet goed: _____

Aanvulling: _____

Allergie/overgevoeligheid voor: gluten koemelkeiwit lactose hooikoorts huisstofmijt
 vruchten insecten sieraden paracetamol antibiotica

Aanvulling: _____



Huid

Huid: vet droog jeuk eczeem(gehad) slechte wondgenezing wratten

Littekens: ongeval operatie Waar heeft u kind littekens: _____

Aanvulling: _____

Spijsvertering

	soms	vaak
--	------	------

Buikpijn

Obstipatie

Winderigheid

Reflux

Aanvulling: _____

Luchtwegen/KNO

	soms	vaak
--	------	------

Onstoken holtes (sinusitis)

Oorpijn/ontsteking

Ademhaling

benauwd kortademig

Astma ja nee

Chronisch verkouden ja nee

Aanvulling: _____

Overig

