



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=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 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"/>
<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		
Zichtvermogen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> vaag zien <input type="radio"/> dubbel zien <input type="radio"/> staar		
Hoofdpijn:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> dagelijks <input type="radio"/> wekelijks <input type="radio"/> 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"/>
<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: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Huid/Haar/Nagels	vroeger	nu
Snel brekende nagels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haar:		
<input type="radio"/> snel brekend <input type="radio"/> uitval		
Huid:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> vet <input type="radio"/> droog <input type="radio"/> uitslag <input type="radio"/> eczeem		
<input type="radio"/> jeuk <input type="radio"/> slechte wondgenezing <input type="radio"/> acne		
Littekens: <input type="radio"/> ongeval <input type="radio"/> 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"/>
<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="radio"/> 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"/>
<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	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	
<input type="radio"/> afscheiding <input type="radio"/> infecties <input type="radio"/> jeuk <input type="radio"/> SOA		
Menstruatieklachten:	<input type="checkbox"/> vroeger <input type="checkbox"/> nu	
<input type="radio"/> PMS <input type="radio"/> pijnlijk <input type="radio"/> hevig <input type="radio"/> langdurig <input type="radio"/> onregelmatig		
Aanvulling: _____		

