



Intakeformulier mesologie kind middelbare school

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: _____

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: _____

Gezinssamenstelling (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 ☐ snijidend

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:

- | | | | |
|--|--|--|--|
| ☐ Angstig | ☐ Boos | ☐ Perfectionistisch | ☐ Piekeren |
| ☐ Hyperactief | ☐ Verdrietig | ☐ Praat makkelijk | ☐ Het gevoel er niet bij te horen |
| ☐ Depressief | ☐ Veel vrienden | ☐ Rustig | ☐ Bezorgd |
| ☐ Zenuwachtig | ☐ Weinig vrienden | ☐ Veel zelfvertrouwen | ☐ Blij |
| ☐ Moeite met concentreren | ☐ Opkroppen | ☐ Weinig zelfvertrouwen | ☐ 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 kinderziektes 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	☐	☐
Duizeligheid	☐	☐
Extreme uitputting na inspanning	☐	☐
Gewichtsverandering:	☐	☐
☐ toename ☐ afname		
Vermoeidheid:	☐	☐
☐ continue ☐ ochtend ☐ middag ☐ avond		
Hoofdpijn:	☐	☐
☐ dagelijks ☐ wekelijks ☐ maandelijks		
Waar in het hoofd: _____		
Aanvulling: _____		

Circulatie	soms	vaak
Opgezetten klieren	☐	☐
Koude handen en voeten	☐	☐
Bloedarmoede (anemie)	☐	☐
Aanvulling: _____		

Spieren en gewrichten	soms	vaak
Spieren:	☐	☐
☐ slap ☐ gespannen ☐ pijnlijk ☐ krampen		
Rugpijn:	☐	☐
☐ hoog ☐ midden ☐ laag		
Aanvulling: _____		

Huid/Haar/Nagels
Huid: ☐ vet ☐ droog ☐ uitslag ☐ eczeem (gehad)
☐ jeuk ☐ acne ☐ slechte wondgenezing
Littekens: ☐ ongeval ☐ operatie
Waar heb je ze: _____
Aanvulling: _____

Algemeen	soms	vaak
Buikpijn	☐	☐
Misselijkheid	☐	☐
Winderigheid	☐	☐
Borrelende buik	☐	☐
Obstipatie	☐	☐
Diarree	☐	☐
Bloed bij ontlasting	☐	☐
Slijm bij de ontlasting	☐	☐
Droge mond	☐	☐
Slechte adem	☐	☐
Opgeblazen gevoel	☐	☐
Brandend maagzuur (reflux):	☐	☐
☐ altijd ☐ na de maaltijd ☐ 's nachts		
Anus: ☐ jeuk ☐ kramp	☐	☐
Aanvulling: _____		

Luchtwegen/KNO	soms	vaak
Ontstoken holtes (sinusitis)	☐	☐
Oorpijn/ontsteking	☐	☐
Ademhaling	☐	☐
☐ benauwd ☐ kortademig ☐ hyperventilatie		
Astma	☐ ja	☐ nee
Chronisch verkouden	☐ ja	☐ nee
Aanvulling: _____		

Urinewegen	soms	vaak
Pijn bij het plassen	☐	☐
Blaasontsteking	☐	☐
Bedplassen	☐	☐
Aanvulling: _____		

Vrouw
Indien van toepassing, leeftijd van je eerste menstruatie: _____ jaar
Gebruik je de pil: ☐ ja ☐ nee Welke: _____
Veginale klachten ☐ ja ☐ nee ☐ afscheiding ☐ infecties ☐ jeuk ☐ SOA
Menstruatieklachten ☐ ja ☐ nee ☐ PMS ☐ pijnlijk ☐ hevig ☐ langdurig ☐ onregelmatig
Aanvulling: _____

