

Intakeformulier mesologie volwassenen

Afspraak met: _____

Datum: _____ Tijd: _____

Algemeen persoonlijke gegevens

Naam: _____ ☐ M ☐ V Geboortedatum: _____

Voornaam: _____ Geboorteplaats: _____

Adres: _____ E-mailadres: _____

Postcode: _____ Telefoon/mobiel: _____

Woonplaats: _____ Zorgverzekeraar: _____

Medische gegevens

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 ☐ snijvend

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:

- | | | | |
|--------------------------------------|--|--|---|
| ☐ Angstig | ☐ Boos | ☐ Perfectionistisch | ☐ Piekeren |
| ☐ Hyperactief | ☐ Verdrietig | ☐ Gejaagd | ☐ Cijfer mezelf snel weg |
| ☐ Depressief | ☐ Snel schuldgevoel | ☐ Stress gevoelig | ☐ Veel zelfvertrouwen |
| ☐ Opkroppen | ☐ Blij | ☐ Bezorgd | ☐ 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	☐	☐
Duizeligheid	☐	☐
Slechte concentratie	☐	☐
Slapeloosheid	☐	☐
Slecht geheugen	☐	☐
Gewichtverandering	☐	☐
☐ toename ☐ afname		
Vermoeidheid:	☐	☐
☐ continue ☐ ochtend ☐ middag ☐ avond		
Zichtvermogen:	☐	☐
☐ vaag zien ☐ dubbel zien ☐ staar		
Hoofdpijn:	☐	☐
☐ dagelijks ☐ wekelijks ☐ maandelijks		
Waar in het hoofd heeft u pijn: _____		
Aanvulling: _____		

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

Spieren en gewrichten	vroeger	nu
Nekpijn	☐	☐
Reumatische klachten	☐	☐
Gewrichtspijn	☐	☐
Stijf bij opstaan	☐	☐
Spieren:	☐	☐
☐ slap ☐ gespannen ☐ pijnlijk ☐ krampen		
Rugpijn:	☐	☐
☐ hoog ☐ midden ☐ laag		
Aanvulling: _____		

Huid/Haar/Nagels	vroeger	nu
Snel brekende nagels	☐	☐
Haar:	☐	☐
☐ snel brekend ☐ uitval		
Huid:	☐	☐
☐ vet ☐ droog ☐ uitslag ☐ eczeem ☐ jeuk ☐ slechte wondgenezing ☐ acne		
Littekens:	☐	☐
☐ ongeval ☐ operatie		
Waar heeft u littekens: _____		
Aanvulling: _____		

Algemeen	vroeger	nu
Buikkrap	☐	☐
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	vroeger	nu
Oorsuizen	☐	☐
Ontstoken holtes (sinusitis)	☐	☐
Oorpijn/ontsteking	☐	☐
Ademhaling	☐	☐
☐ benauwd ☐ kortademig ☐ hyperventilatie		
Astma	☐ ja	☐ nee
Chronisch verkouden	☐ ja	☐ nee
Aanvulling: _____		

Urinewegen	vroeger	nu
Nierinfectie	☐	☐
Nierstenen	☐	☐
Incontinentie	☐	☐
Pijn bij het plassen	☐	☐
Blaasontsteking	☐	☐
Aanvulling: _____		

Man	vroeger	nu
Verandering libido	☐	☐
Erectiestoornis	☐	☐
Prostaatvergroting	☐	☐
Aanvulling: _____		

Vrouw	vroeger	nu
Bent u momenteel zwanger:	☐ ja	☐ nee
Zwangerschappen doorgemaakt	☐ ja	☐ nee
Onvoldragen zwangerschappen	☐ ja	☐ nee
Gebruikt u anticonceptie	☐ ja	☐ nee
Welke: _____		
Leeftijd van uw eerste menstruatie jaar: _____ jaar		
Verandering libido	☐ vroeger	☐ nu
Vaginale klachten:	☐ vroeger	☐ nu
☐ afscheiding ☐ infecties ☐ jeuk ☐ SOA		
Menstruatieklachten:	☐ vroeger	☐ nu
☐ PMS ☐ pijnlijk ☐ hevig ☐ langdurig ☐ onregelmatig		
Aanvulling: _____		