



# M E S O L O G I E

## Intakeformulier mesologie® kind - middelbare school

Afspraak met: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Tijd: \_\_\_\_\_

### Algemeen persoonlijke gegevens

Naam: \_\_\_\_\_  M  V E-mailadres: \_\_\_\_\_

Voornaam: \_\_\_\_\_ Naam ouders: \_\_\_\_\_ Geboortedatum: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_ Geboorteplaats: \_\_\_\_\_

Postcode: \_\_\_\_\_ Woonplaats: \_\_\_\_\_ BSN: \_\_\_\_\_ Dit veld niet invullen \_\_\_\_\_

Telefoon/mobiel: \_\_\_\_\_ Zorgverzekeraar: \_\_\_\_\_

### Medische gegevens

Huisarts: \_\_\_\_\_ Telefoon: \_\_\_\_\_

Ben je onder behandeling van een specialist, naam: \_\_\_\_\_ Telefoon: \_\_\_\_\_

Door wie ben je geïnformeerd/geadviseerd: \_\_\_\_\_

Gebruik je op dit moment medicatie?

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

Gebruik je andere middelen die je zijn voorgeschreven door anderen of op eigen initiatief, bijvoorbeeld (voedings)supplementen, paracetamol, neusspray of slaaptabletten? Gelieve deze 24 uur voor het consult niet meer innemen

| 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): \_\_\_\_\_

Wat doe je voor sport/hobby/vrije tijd: \_\_\_\_\_

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  snijdend

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

Word 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 heb je in je leven 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 of homeopaat: \_\_\_\_\_

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

Moeder: \_\_\_\_\_ Vader: \_\_\_\_\_

Anders: \_\_\_\_\_

Aanvulling: \_\_\_\_\_

## Voedingsgewoonten

Eet je:  vegetarisch  veganistisch Anders: \_\_\_\_\_

Heb je een voorkeur voor:  zoet  zout  zuur  pikant  bitter

Heb je 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 Wat en 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"/> continu <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"/> |
| Bloedarmoede (anemie)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Koude handen en voeten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Aanvulling: _____      |                          |                          |

**Spieren en gewrichten** soms vaak

|   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Spieren:  | <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 littekens: _____   |  |  |
| Aanvulling: _____  |  |  |

**Spijvertering** soms vaak

|   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Buikkramp   | <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 de 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"/> |
| Anus: <input type="radio"/> jeuk <input type="radio"/> kramp                                      | <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 |                          |                          |
| 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"/> |
| Blaasontsteking      | <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: _____  |
| Vaginale klachten   | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee → | <input type="radio"/> afscheiding <input type="radio"/> infecties <input type="radio"/> jeuk <input type="radio"/> SOA                                  |
| Menstruatieklachten | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee → | <input type="radio"/> PMS <input type="radio"/> pijnlijk <input type="radio"/> hevig <input type="radio"/> langdurig <input type="radio"/> onregelmatig |
| Aanvulling: _____   |  |   |

**Overig**