MESOLOGIE

INVULVELDEN
PRAKTIJK GEGEVENS

Intakeformulier mesologie® volwassenen

Afspraak met: _____

Datum: _____ Tijd: _____

Algemeen persoonlijke gegevens

Naam: _____ ☐M ☐V

Voornaam: _____

Adres: _____

Postcode: _____ Woonplaats: _____

Telefoon/mobiel: _____

E-mailadres: _____

Geboortedatum: _____

Geboorteplaats: _____

BSN: _____Dit.veld.niet.invullen_____

Zorgverzekeraar: _____

Medische gegevens

Huisarts: _____ Telefoon: _____

Bent u onder behandeling van een specialist, naam: _____ Telefoon: _____

Door wie bent u geïnformeerd/geadviseerd: _____

Gebruikt u op dit moment medicatie?

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

Gebruikt u andere middelen die u 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

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 u 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 momenten van inzinking: _____

Kunt u makkelijk inslapen: ☐ 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 u uzelf in herkent:

☐ Angstig	☐ Boos	☐ Perfectionistisch	☐ Piekeren
☐ Hyperactief	☐ Verdrietig	☐ Gejaagd	☐ Cijfer mezelf snel weg
☐ Depressief	☐ Snel schuldgevoel	☐ Stressgevoelig	☐ 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 Zo ja, 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 of homeopaat: _____

Welke ziekten en/of aandoeningen (wel/niet erfelijk) komen 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 zoetigheid: ☐ ja ☐ nee Wat neemt u dan: _____

Drinkt u koffie: ☐ ja ☐ nee Hoeveel: _____

Drinkt u 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	☐	☐
Gewichtsverandering:	☐	☐
○toename ○afname		
Vermoeidheid:	☐	☐
○continu ○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: _____

Spijsvertering	vroeger	nu
Buikkramp	☐	☐
Misselijkheid	☐	☐
Winderigheid	☐	☐
Borrelende buik	☐	☐
Obstipatie	☐	☐
Diarree	☐	☐
Bloed bij de ontlasting	☐	☐
Slijm bij de ontlasting	☐	☐
Droge mond	☐	☐
Slechte adem	☐	☐
Opgeblazen gevoel	☐	☐
Brandend maagzuur (reflux):	☐	☐
○altijd ○na de maaltijd ○'s nachts		
Anus: ○jeuk ○kramp ○aambeien	☐	☐

Aanvulling: _____

Luchtwegen/KNO	vroeger	nu
Oorsuizen	☐	☐
Oorpijn/ontsteking	☐	☐
Ontstoken holtes (sinusitis)	☐	☐
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		
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		
Verandering libido	☐ vroeger	☐ nu
Vaginale klachten:	☐ vroeger	☐ nu
○afscheiding ○infecties ○jeuk ○SOA		
Menstruatieklachten:	☐ vroeger	☐ nu
○PMS ○pijnlijk ○hevig ○langdurig ○onregelmatig		

Aanvulling: _____

Overig

_____

_____