



M E S O L O G I E

Intakeformulier mesologie® volwassenen

Afspraak met: _____

Datum: _____ Tijd: _____

Algemeen persoonlijke gegevens

Naam: _____ M V E-mailadres: _____

Voornaam: _____ Geboortedatum: _____

Adres: _____ Geboorteplaats: _____

Postcode: _____ Woonplaats: _____ BSN: _____

Telefoon/mobiel: _____ 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:

- | | | | |
|--------------------------------------|--|--|---|
| <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"/> Stressgevoelig | <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 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 zoetheid: 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 | <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"/> |
| 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 | | |
| 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: _____

| Spiere 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"/> |
| Spiere: | <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 | 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: _____

| Spijvertering | 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 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"/> |
| 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"/> krap <input type="radio"/> aambeien | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Aanvulling: _____

| Luchtwegen/KNO | vroeger | nu |
|--|-----------------------------|------------------------------|
| Oorsuizen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Oorpijn/ontsteking | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ontstoken holtes (sinusitis) | <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 momenteel 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 | | |
| 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: _____

Overig

