



## 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: \_\_\_\_\_

Spieren 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"/>
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	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"/> kramp <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

