



# M E S O L O G I E

## Intakeformulier mesologie® volwassenen

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

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

### Algemeen persoonlijke gegevens

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

Voor naam: \_\_\_\_\_ Geboortedatum: \_\_\_\_\_

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

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

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                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Buikkrimp   | <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"/> krimp <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

