



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: _____ Zorgverzekeraar: _____

Telefoon/mobiel: _____

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"/> 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: _____

Privacy

In verband met wettelijke regelgeving (AVG/WGBO) bent u verplicht om voor aanvang van het eerste consult de Privacyverklaring en Algemene voorwaarden van de Praktijk voor Mesologie het Gooi te lezen en hiervoor te tekenen. Deze zijn te vinden op www.mesologiehetgooi.nl/intakeformulieren of kan op verzoek naar u toegestuurd worden. Uw handtekening kunt u hieronder plaatsen.

Ja ik ga akkoord met de Privacyverklaring en Algemene Voorwaarden van de Praktijk voor Mesologie het Gooi.

Handtekening: _____