**Intakeformulier mesologie® volwassenen**

|  |  |
| --- | --- |
| Afspraak op: | Datum / tijdstip |

Ik ga akkoord met de behandelings-overeenkomst en de AVG-privacyverklaring,   
zoals vermeld op de website.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Algemene persoonlijke gegevens** | | | |
| Naam |  |  | M  V |
| Voornaam |  | E-mailadres |  |
| Adres |  | Geboortedatum |  |
| Postcode + Stad |  | Geboorteplaats |  |
| Tel./mob. |  | Zorgverzekeraar |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Medische gegevens** | | | |
| Huisarts |  | Telefoon |  |
| Bent u onderbehandeling van een specialist? Naam |  | Telefoon |  |
| Door wie bent u geadviseerd? |  | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Gebruikt u op dit moment medicatie?** | | | | |
| **Naam medicatie** | **merk** | **gebruik** |  | **hoeveelheid** |
|  |  |  | x daags |  |
|  |  |  | x daags |  |
|  |  |  | x daags |  |
|  |  |  | x daags |  |

**Gebruikt u andere middelen** die u zijn voorgeschreven door anderen of op eigen initiatief, bijvoorbeeld (voedingssupplementen), paracetamol, neusspray of slaaptabletten?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Middel** | **merk** | **gebruik** |  | **hoeveelheid** |
|  |  |  | x daags |  |
|  |  |  | x daags |  |
|  |  |  | x daags |  |
|  |  |  | x daags |  |

Neem deze dan 24 uur voor het consult niet meer in.

Graag uw medicatie en supplementen naar het consult meebrengen.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Leefsituatie** | | | | | | | | | | | |
| Hoe is woon- of gezinssituatie? | | |  | | | | | | | | |
| 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) | | |  | | | | | | | | |
| Zij er omstandigheden die verbetering geven? | | |  | | | | | | | | |
| Zij er omstandigheden die verergering geven? | | |  | | | | | | | | |
| Is er een regelmaat of patroon te ontdekken? | | |  | | | | | | | | |
| Is/zijn de klachten periodeafhankelijk, bijv. tijd, dag, maand, seizoen: | | |  | | | | | | | | |
| Heeft u pijn? Zo ja, is deze pijn | | | stekend  brandend  zeurend   schietend  kloppend  dof  snijdend | | | | | | | | |
| Aanvulling | | |  | | | | | | | | |
| **Persoonlijke kenmerken** | | | | | | | | | | | |
| Uw lengte |  | m | | Uw gewicht | | |  | | | kg | |
| Hoe voelt u zich over het algemeen? | |  | | | | | | | | | |
| Zijn er gedurende dag momenten van inzinking? | | ja  nee | | | Wordt u ’s nachts wakker? Zo ja, hoe laat? | | |  |  | | uur |
| Frequentie van de stoelgang | | per dag / x per week | | | | regelmatig  onregelmatig | | | | | |
| Consistentie van de stoelgang | | vast  brijig  zacht  waterig | | | | | | | | | |
| Kleur van de stoelgang | | wit  lichtbruin  geelbruin  donkerbruin  zwart | | | | | | | | | |

Graag aankruisen waarin u zichzelf herkent:

Angstig  Boos  Perfectionistisch  Piekeren  
 Hyperactief  Verdrietig  Gejaagd  Cijfer mezelf weg  
 Depressief  Snel schuldgevoel  Stressgevoelig  Veel zelfvertrouwen  
 Opkroppen  Blij  Bezorgd  Weinig zelfvertrouwen

|  |  |
| --- | --- |
| Aanvulling: |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Historie en familie** | | | | | |
| Welke ziektes, operaties, ongevallen, behandelingen en/of emotionele gebeurtenissen heeft u in uw leven doorgemaakt? | | | | | |
|  | | | | | |
| Welke ziekte of gebeurtenis was het zwaarst in uw leven? | | |  | | |
| Welke kinderziektes heeft u doorgemaakt? | | |  | | |
| Heeft u antibiotica gebruikt? | | | 1 x  regelmatig  heel vaak | | |
| Heeft u buiten Europa gereisd? | | ja  nee | Landen: |  | |
| Heeft u vaccinaties gehad i.v.m. | | | reizen  griep  rijksvaccinatieprogramma  corona, welk: | | |
| Bent u in het verleden onder behandeling geweest bij een andere therapeut/specialist, bijv. cardioloog, internist, mesoloog, osteopaat, acupuncturist of homeopaat? | | |  | | |
| Welke ziekten en/of aandoeningen (al dan niet erfelijk) komen in uw familie voor? | | | | | |
| Moeder |  | | Vader | |  |
| Anders |  | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Voedingsgewoonten** | | | | | | |
| Eet u: | | vegetarisch  veganistisch  anders: | | | |  |
| Heeft u voorkeur voor | | zoet  zout  zuur  pikant  bitter | | | | |
| Heeft u 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 | | Zo ja, zoeveel? | |  | | |
| Drinkt u alcohol?  ja  nee | | Zo ja, hoeveel? | |  | | |
| Rookt u?  ja  nee | zo ja, hoeveel? |  | Heeft u gerookt? | | ja  nee | | |
| Gebruikt u drugs?  ja  nee | zo ja, hoeveel? |  | Heeft u drugs gebruikt? | | ja  nee | | |
| Aanvulling: |  | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Allergieën/overgevoeligheden** | |
| Heeft u wel eens een koortslip? | ja  nee |
| Allergie/overgvoeligheid 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 heeft u hoofdpijn? |  |
| 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**

Snelbrekende nagels

Haar

snel brekend  uitval

Huid

vet  droog  uitslag  eczeem

jeuk  slechte wondgenezig  acne

Littekens ongeval  operatie

|  |  |
| --- | --- |
| Waar heeft u littekens? |  |
| Aanvulling: |  |

**Spijsvertering vroeger nu**

Buikkramp

Misselijkheid

Winderigheid

Diarree

Bloed bij ontlasting

Slijm bij 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  kortademing  hyperventilatie

Astma

Chronisch verkouden

|  |  |
| --- | --- |
| Aanvulling: |  |

**Urinewegen vroeger nu**

Nierinfectie

Nierstenen

Incontinentie

Pijn bij plassen

Blaasonsteking

|  |  |
| --- | --- |
| Aanvulling: |  |

**Man vroeger nu**

Verandering libido

Erectiestoornis

Prostaatvergroting

|  |  |
| --- | --- |
| Aanvulling: |  |

**Vrouw** **vroeger nu**

Verandering libido

Vaginale klachten

afscheiding  infecties  jeuk  SOA

Menstruatieklachten

PMS  pijnlijk  hevig  langdurig  onregelmatig

|  |  |
| --- | --- |
| Aanvulling: |  |

Bent u momenteel zwanger ja  nee

Zwangerschappen doorgemaakt ja  nee

Onvoldragen zwangerschappen ja  nee

Gebruikt u anticonceptie? ja  nee

|  |  |
| --- | --- |
| Welke |  |
| Leeftijd eerste menstruatie |  |