MESOLOGIE

Mirjam Lith Mesologie
Kerkplein 18
7261AZ Ruurlo
06-25188854
info@mirjamlith.nl
www.mirjamlithmesologie.nl

Intakeformulier mesologie® kind - middelbare school

Afspraak met: _____

Datum: _____ Tijd: _____

Algemeen persoonlijke gegevens

Naam: _____ ☐M ☐V

Voornaam: _____ Naam ouders: _____

Adres: _____

Postcode: _____ Woonplaats: _____

Telefoon/mobiel: _____

E-mailadres: _____

Geboortedatum: _____

Geboorteplaats: _____

BSN: xxx NIET INVULLEN xxx

Zorgverzekeraar: _____

Medische gegevens

Huisarts: _____ Telefoon: _____

Ben je onder behandeling van een specialist, naam: _____ Telefoon: _____

Door wie ben je geïnformeerd/geadviseerd: _____

Gebruik je op dit moment medicatie?

Naam medicatie	Merk	Gebruik	Hoeveelheid
_____	_____	_____ x daags	_____
_____	_____	_____ x daags	_____
_____	_____	_____ x daags	_____

Gebruik je andere middelen die je 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

School: _____ Niveau: _____ Klas: _____

Gezinssamenstelling (broers, zussen, ouders, co-ouderschap): _____

Werk je (of bijbaan): _____

Wat doe je voor sport/hobby/vrije tijd: _____

Hoeveel tijd per dag: zit je achter de (spel)computer: _____ kijk je televisie: _____

besteed je aan je huiswerk: _____ beweeg je: _____

Aanvulling: _____

Klachten

Wat is je voornaamste klacht: _____

Welke bijkomende klachten heb je: _____

Wanneer is/zijn deze ontstaan: _____

Was er een aanleiding: _____

Hoe uit(en) deze zich: _____

Welk cijfer zou je je 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 je klacht(en) periode-afhankelijk, bijvoorbeeld tijd, dag, maand, seizoen:

_____

Is er sprake van pijn? ☐ ja ☐ nee

Zo ja, wat is de aard van de pijn: ☐ stekend ☐ brandend ☐ zeurend ☐ schietend
☐ kloppend ☐ dof ☐ snijdend

Aanvulling: _____

Persoonlijke kenmerken

Je lengte: _____m Je gewicht: _____kg

Hoe voel je je in het algemeen: _____

Hoe laat ga je naar bed: _____uur Kom je dan makkelijk in slaap: ☐ ja ☐ nee

Word je '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

Transpireer je: ☐ veel ☐ weinig ☐ niet ☐ sterk ruikend

Draag je een beugel? ☐ ja ☐ nee Heb je een spalkje/draadje (na de beugel)? ☐ ja ☐ nee

Graag aankruisen waar je jezelf in herkent:

☐ Angstig	☐ Boos	☐ Perfectionistisch	☐ Piekeren
☐ Hyperactief	☐ Verdrietig	☐ Praat makkelijk	☐ Het gevoel er niet bij te horen
☐ Depressief	☐ Veel vrienden	☐ Rustig	☐ Bezorgd
☐ Zenuwachtig	☐ Weinig vrienden	☐ Veel zelfvertrouwen	☐ Blij
☐ Moeite met concentreren	☐ Opkroppen	☐ Weinig zelfvertrouwen	☐ Ik word gepest

Aanvulling: _____

Historie en familie

Welke ziekten, operaties, ongevallen, behandelingen en/of emotionele gebeurtenissen heb je in je leven doorgemaakt:

Welke ziekte of aandoening was het zwaarst in je leven: _____

Welke kinderziektes heb je doorgemaakt: _____

Heb je antibiotica gebruikt: ☐ 1 keer ☐ regelmatig ☐ heel vaak ☐ langdurig

Heb je buiten Europa gereisd: ☐ ja ☐ nee Waar: _____

Heb je vaccinaties gehad i.v.m: ☐ reizen ☐ griep ☐ rijksvaccinatieprogramma

Ben je 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 je familie voor?

Moeder: _____ Vader: _____

Anders: _____

Aanvulling: _____

Voedingsgewoonten

Eet je: ☐ vegetarisch ☐ veganistisch Anders: _____

Heb je een voorkeur voor: ☐ zoet ☐ zout ☐ zuur ☐ pikant ☐ bitter

Heb je een afkeur voor: ☐ zoet ☐ zout ☐ zuur ☐ pikant ☐ bitter

Welke voedingsmiddelen of dranken liggen je niet goed: _____

Heb je grote behoefte aan zoetigheid: ☐ ja ☐ nee Wat neem je dan: _____

Drink je koffie: ☐ ja ☐ nee Hoeveel: _____

Drink je wel eens alcohol: ☐ ja ☐ nee Hoeveel: _____

Rook je: ☐ ja ☐ nee Hoeveel: _____

Gebruik je wel eens drugs: ☐ ja ☐ nee Wat en hoeveel: _____

Aanvulling: _____

Allergie/Overgevoeligheden

Allergie/overgevoeligheid voor: ☐ gluten ☐ koemelkeiwit ☐ lactose ☐ hooikoorts ☐ huisstofmijt
☐ vruchten ☐ insecten ☐ sieraden ☐ paracetamol ☐ antibiotica

Aanvulling:

_____

Algemeen	soms	vaak
Migraine	☐	☐
Duizeligheid	☐	☐
Extreme uitputting na inspanning	☐	☐
Gewichtsverandering:	☐	☐
☐ toename ☐ afname		
Vermoeidheid:	☐	☐
☐ continu ☐ ochtend ☐ middag ☐ avond		
Hoofdpijn:	☐	☐
☐ dagelijks ☐ wekelijks ☐ maandelijks		

Waar in het hoofd: _____

Aanvulling: _____

Circulatie	soms	vaak
Opgezette klieren	☐	☐
Bloedarmoede (anemie)	☐	☐
Koude handen en voeten	☐	☐

Aanvulling: _____

Spieren en gewrichten	soms	vaak
Spieren:	☐	☐
☐ slap ☐ gespannen ☐ pijnlijk ☐ krampen		
Rugpijn:	☐	☐
☐ hoog ☐ midden ☐ laag		

Aanvulling: _____

Huid/Haar/Nagels	
Huid:	☐ vet ☐ droog ☐ uitslag ☐ eczeem (gehad) ☐ jeuk ☐ acne ☐ slechte wondgenezing
Littekens:	☐ ongeval ☐ operatie

Waar heb je littekens: _____

Aanvulling: _____

Spijsvertering	soms	vaak
Buikkramp	☐	☐
Misselijkheid	☐	☐
Winderigheid	☐	☐
Borrelende buik	☐	☐
Obstipatie	☐	☐
Diarree	☐	☐
Bloed bij de ontlasting	☐	☐
Slijm bij de ontlasting	☐	☐
Droge mond	☐	☐
Slechte adem	☐	☐
Opgeblazen gevoel	☐	☐
Anus: ☐ jeuk ☐ kramp	☐	☐
Brandend maagzuur (reflux):	☐	☐
☐ altijd ☐ na de maaltijd ☐ 's nachts		

Aanvulling: _____

Luchtwegen/KNO	soms	vaak
Ontstoken holtes (sinusitis)	☐	☐
Oorpijn/ontsteking	☐	☐
Ademhaling:	☐	☐
☐ benauwd ☐ kortademig ☐ hyperventilatie		
Astma	☐ ja	☐ nee
Chronisch verkouden	☐ ja	☐ nee

Aanvulling: _____

Urinewegen	soms	vaak
Pijn bij het plassen	☐	☐
Blaasontsteking	☐	☐
Bedplassen	☐	☐

Aanvulling: _____

Vrouw

Indien van toepassing, leeftijd van je eerste menstruatie: _____ jaar

Gebruik je de pil ☐ ja ☐ nee Welke: _____

Vaginale klachten ☐ ja ☐ nee➔ ☐ afscheiding ☐ infecties ☐ jeuk ☐ SOA

Menstruatieklachten ☐ ja ☐ nŜŜ ➔ ☐ PMS ☐ pijnlijk ☐ hevig ☐ langdurig ☐ onregelmatig

Aanvulling: _____

Overig

_____