



M E S O L O G I E

Intakeformulier mesologie® kind - middelbare school

Afspraak met: _____

Datum: _____ Tijd: _____

Algemeen persoonlijke gegevens

Naam: _____ M V E-mailadres: _____

Voornaam: _____ Naam ouders: _____ Geboortedatum: _____

Adres: _____ Geboorteplaats: _____

Postcode: _____ Woonplaats: _____ BSN: _____

Telefoon/mobiel: _____ 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: _____

Gezinsamenstelling (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:

- | | | | |
|--------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <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"/> Praat makkelijk | <input type="checkbox"/> Het gevoel er niet bij te horen |
| <input type="checkbox"/> Depressief | <input type="checkbox"/> Veel vrienden | <input type="checkbox"/> Rustig | <input type="checkbox"/> Bezorgd |
| <input type="checkbox"/> Zenuwachtig | <input type="checkbox"/> Weinig vrienden | <input type="checkbox"/> Veel zelfvertrouwen | <input type="checkbox"/> Blij |
| <input type="checkbox"/> Moeite met concentreren | <input type="checkbox"/> Opkroppen | <input type="checkbox"/> Weinig zelfvertrouwen | <input type="checkbox"/> 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 zoetheid: 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duizeligheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Extreme uitputting na inspanning	<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		
Hoofdpijn:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> dagelijks <input type="radio"/> wekelijks <input type="radio"/> maandelijks		
Waar in het hoofd: _____		
Aanvulling: _____		

Circulatie soms vaak

Opgezette klieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bloedarmoede (anemie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koude handen en voeten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aanvulling: _____		

Spieren en gewrichten soms vaak

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

Huid: <input type="radio"/> vet <input type="radio"/> droog <input type="radio"/> uitslag <input type="radio"/> eczeem (gehad)		
<input type="radio"/> jeuk <input type="radio"/> acne <input type="radio"/> slechte wondgenezing		
Littekens: <input type="radio"/> ongeval <input type="radio"/> operatie		
Waar heb je littekens: _____		
Aanvulling: _____		

Spijsvertering soms vaak

Buikkramp	<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"/>
Anus: <input type="radio"/> jeuk <input type="radio"/> kramp	<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		
Aanvulling: _____		

Luchtwegen/KNO soms vaak

Ontstoken holtes (sinusitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oorpijn/ontsteking	<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 soms vaak

Pijn bij het plassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blaasontsteking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bedplassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 nee PMS pijnlijk hevig langdurig onregelmatig

Aanvulling: _____

Overig



Mesologie

Praktijk van Marga Tump

Pr. Bernhardweg 28

7251 EH Vorden

mobiel.: 06 - 226 31 821

tel nr: 0575 - 555 394

www.mesologiemargatump.nl

praktijkmargatump@gmail.com

Vorden, - -

.....(naam) geboren - -

Hiermee geeft u toestemming tot mesologische behandeling en gaat u akkoord met de algemene voorwaarden, zoals deze door uw mesoloog voorafgaand aan dit onderzoek kenbaar zijn gemaakt.

Hiermee geeft u toestemming tot het vastleggen van gegevens in het cliëntdossier (papier of digitaal).

Deze toestemming geldt tot het moment dat deze wordt ingetrokken, of tot het moment dat de behandeling wordt beëindigd met inachtneming van het gestelde bewaartermijn.

Praktijk van Marga Tump handelt volgende de beroepscode, het dossierplicht, WBOG en Wkkgz.

Tevens verklaart u hierbij (doorhalen wat niet van toepassing is):

- Akkoord te gaan met het uitwisselen van informatie via email, hierin kunnen persoonsgegevens staan. JA/NEE
- Akkoord te gaan met het uitwisselen van uw persoonsgegevens aan apotheken of andere leveranciers van supplementen wanneer u vraagt aan Praktijk van Marga Tump om de geadviseerde supplementen voor u te bestellen.
- Privacy formulier meegegeven/gemaid JA/NEE
- Gegevensuitwisseling met (nader in te vullen hieronder). JA/NEE

.....
Aanvullende opmerkingen:

.....
.....
.....

Ondertekening:

Cliënt (Praktijk van Marga Tump, naam)
.....



UW PRIVACY

Voor een goede behandeling is het noodzakelijk dat ik als uw behandelende therapeut een dossier aanleg. Dit is ook een wettelijke plicht opgelegd door de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO). Uw dossier bevat aantekeningen over uw gezondheidstoestand en gegevens over de uitgevoerde onderzoeken en behandelingen.

Ook worden in het dossier gegevens opgenomen die voor uw behandeling noodzakelijk zijn en die ik, na uw expliciete toestemming, heb opgevraagd bij een andere zorgverlener bijvoorbeeld bij de huisarts.

Ik doe mijn best om uw privacy te waarborgen. Dit betekent onder meer dat ik:

- zorgvuldig omga met uw persoonlijke en medische gegevens,
- ervoor zorg dat onbevoegden geen toegang hebben tot uw gegevens

Als uw behandelende therapeut heb ik als enige toegang tot de gegevens in uw dossier. Ik heb een wettelijke geheimhoudingsplicht (beroepsgeheim).

De gegevens uit uw dossier kunnen ook nog voor de volgende doelen gebruikt worden:

- Om andere zorgverleners te informeren, bijvoorbeeld als de therapie is afgerond of bij een verwijzing naar een andere behandelaar. Dit gebeurt alleen met uw expliciete toestemming
- Voor het gebruik voor waarneming, tijdens mijn afwezigheid
- Voor het geanonimiseerde gebruik tijdens intercollegiale toetsing.
- Een klein deel van de gegevens uit uw dossier wordt gebruikt voor de financiële administratie, zodat ik of mijn administrateur een factuur kan opstellen.

Als ik vanwege een andere reden gebruik wil maken van uw gegevens, dan zal ik u eerst informeren en expliciet uw toestemming vragen.

Deze gegevens in het cliëntendossier blijven zoals in de wet op de behandelovereenkomst wordt vereist 15 jaar bewaard.

PRIVACY OP DE ZORGNOTA

Op de zorgnota die u ontvangt staan de gegevens die door de zorgverzekeraar gevraagd worden, zodat u deze nota kan declareren bij uw zorgverzekeraar.

- Uw naam, adres en woonplaats
- Uw klantnummer en/of uw geboortedatum
- De datum van de behandeling en declaratienummer
- Een korte omschrijving van de behandeling, bijvoorbeeld '24008 Behandeling Mesologie
- De kosten van het consult

