



M E S O L O G I E

Intakeformulier mesologie® kind - basisschool

Afspraak met: _____

Datum: _____ Tijd: _____

Algemeen persoonlijke gegevens

Naam: _____ M V Geboortedatum: _____

Voor naam: _____ Geboorteplaats: _____

Naam ouders: _____ E-mailadres: _____

Adres: _____ BSN: _____

Postcode: _____ Woonplaats: _____ Zorgverzekeraar: _____

Telefoon/mobiel: _____

Medische gegevens

Huisarts: _____ Telefoon: _____

Is uw kind onder behandeling van een specialist/kinderarts, naam: _____ Telefoon: _____

Door wie bent u geïnformeerd/geadviseerd: _____

Gebruikt uw kind op dit moment medicatie?

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

Gebruikt uw kind op dit moment andere middelen die zijn voor geschreven door anderen of op uw 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: _____ Klas: _____

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

Wat doet uw kind voor sport/hobby/vrije tijd: _____

Aanvulling: _____

Klachten

Wat is de voornaamste klacht: _____

Welke bijkomende klachten heeft uw kind: _____

Wanneer is/zijn deze ontstaan: _____

Was er een aanleiding: _____

Hoe uit(en) deze zich: _____

Zijn er omstandigheden die verbetering geven: _____

Zijn er omstandigheden die verergering geven: _____

Is er een regelmaat of patroon te ontdekken: _____

Is/zijn de 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 snijvend

Aanvulling: _____

Persoonlijke kenmerken

Langte van uw kind: _____ m Gewicht van uw kind: _____ kg

Hoe voelt uw kind zich in het algemeen: _____

Hoe laat gaat uw kind naar bed: _____ uur Komt uw kind dan makkelijk in slaap: ja nee

Wordt uw kind 's nachts wakker: ja nee Hoe laat: _____ uur Is uw kind 's nachts zindelijk: ja nee

Frequentie van de stoelgang van uw kind: _____ 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 uw kind: veel weinig niet sterk ruikend

Geef een korte beschrijving van uw kind: _____

Graag aankruisen waar u uw kind in herkent:

- | | | | |
|--|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bang om alleen te zijn | <input type="checkbox"/> Boos | <input type="checkbox"/> Fijn om te knuffelen | <input type="checkbox"/> Driftig |
| <input type="checkbox"/> Hyperactief | <input type="checkbox"/> Huilt snel | <input type="checkbox"/> Vervelend om te knuffelen | <input type="checkbox"/> Gefrustreerd |
| <input type="checkbox"/> Wordt gepest | <input type="checkbox"/> Jaloers | <input type="checkbox"/> Makkelijk concentreren | <input type="checkbox"/> Veel vrienden |
| <input type="checkbox"/> Praat makkelijk | <input type="checkbox"/> Schrikkerig | <input type="checkbox"/> Moeilijk concentreren | <input type="checkbox"/> Weinig vrienden |
| <input type="checkbox"/> Veranderingen zijn moeilijk | <input type="checkbox"/> Vrolijk | | |

Aanvulling: _____



Historie en familie

Welke ziekten, operaties, ongevallen, behandelingen en/of emotionele gebeurtenissen heeft uw kind doorgemaakt:

Heeft uw kind antibiotica gebruikt: 1 keer regelmatig heel vaak langdurig

Heeft uw kind buiten Europa gereisd: ja nee Waar: _____

Heeft uw kind borstvoeding gehad: ja nee Hoe lang: _____

Heeft uw kind vaccinaties gehad i.v.m: reizen griep rijksvaccinatieprogramma

Welke kinderziektes heeft uw kind doorgemaakt: _____

Is de zwangerschap van uw kind goed verlopen: ja nee Wanneer ging het niet goed: _____

Wat ging er niet goed: _____

Heeft u tijdens de zwangerschap medicijnen geslikt: ja nee Welke: _____

Wanneer: _____ Waarvoor: _____ Hoe lang: _____

Hoe verliep de bevalling: _____

Waren er complicaties: _____

Is uw kind in het verleden onder behandeling geweest van een andere therapeut/specialist bijvoorbeeld kinderarts, mesoloog, osteopaat, acupuncturist, homeopaat: _____

Welke ziekten en of aandoeningen (wel/niet erfelijk) komen er in de familie voor?

Moeder: _____ Vader: _____

Anders: _____

Aanvulling: _____

Voedingsgewoonten

Eet uw kind: vegetarisch veganistisch Anders: _____

Heeft uw kind een voorkeur voor: zoet zout zuur pikant bitter

Heeft uw kind een afkeur voor: zoet zout zuur pikant bitter

Heeft uw kind grote behoefte aan zoetigheid: ja nee Wat neemt hij/zij dan: _____

Wat drinkt uw kind graag: _____ Hoeveel: _____

Welke voedingsmiddelen of dranken liggen uw kind niet goed: _____

Aanvulling: _____

Allergie/Overgevoeligheden

Allergie/overgevoeligheid voor: gluten koemelkeiwit lactose hooikoorts huisstofmijt

vruchten insecten sieraden paracetamol antibiotica

Aanvulling: _____



| Algemeen | soms | vaak |
|--|-----------------------------|------------------------------|
| Duizeligheid | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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: _____ | | |
| Jeugdreuma | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Aanvulling: _____ | | |

| Spijvertering | soms | vaak |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Buikpijn | <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="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Aanvulling: _____ | | |

| Circulatie | soms | vaak |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Opgezette klieren | <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: _____ | | |

| Luchtwegen/KNO | soms | vaak |
|--|-----------------------------|------------------------------|
| Ontstoken holttes (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 | | |
| Astma | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Chronisch verkouden | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Aanvulling: _____ | | |

| Urinewegen | soms | vaak |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|
| Nierinfectie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pijn bij het plassen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nierstenen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Blaasontsteking | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Aanvulling: _____ | | |

Meisjes

Indien van toepassing, leeftijd van eerste menstruatie: _____ jaar

Huid

Huid vet droog jeuk uitslag eczeem (gehad) slechte wondgenezing acne

Littekens ongeval operatie Waar heeft uw kind littekens: _____

Aanvulling: _____

Overig

Naam: _____

Geboortedatum: _____

Graag uit onderstaande lijst die woorden omcirkelen die van toepassing zijn voor uw kind op "babyleeftijd".

Gemakkelijk, mollig over hele lichaam, groot hoofd, vaak zweet op achterhoofd, koude zweetende handen en voeten, is dol op eieren, snel vochtige huiduitslag, koemelk geeft klachten, ruikt zuur, is wat traag in de ontwikkeling, nachtmerries of onrustige slaap.

Snel van begrip en handelen, gevoelig, snel van streek, plezierig, zachtaardig, klein en korte beentjes, huid is wit met zichtbare bloedvaten, weinig discipline, harde lymfeklieren.

Onrustig, dunne armen en benen, opgeblazen buik, altijd koud, snel huiduitslag, faalangst, drempelvrees, ontloopt ruzie, wil niet getroost worden, verstopping, ontstoken nagelriemen of wondjes, stinkend voetzweet.

Mager, levendig, slecht eten, dikke amandelen, langzaam tanden, stevig, plotseling ziek dan rood hoofd, hoge koorts met koude rillingen, gaat dan uit zich zelf naar bed, levendig, onrust, angstig.

Lang en slank, temperamentvol, levendig, praat weinig, behoefte aan aandacht en contact, zeer gevoelig voor sfeer, voor atmosferische veranderingen (onweer), snel uitgeput, eet heel vaak 't liefst ook 's nachts, snel luchtweg problemen, knapt snel op van een heel kort slaapje.

Donker haar, sympathiek, snel woede aanvallen, huilt snel, leeft intens mee met verdriet van anderen, grote onrust, zorgelijk, pessimistisch, snel verkrampte spieren, wratten, droge hoest.

Extreem precies, soms dwangmatig netjes, angstig, bang voor geesten, dood en onverwachte dingen, dieven. Rusteloos, kritisch, wil alles hebben, snel koud.

Mager gezichtje en hals, zwak lichaam, scherp verstand, lijkt ouder dan werkelijke leeftijd, speelt graag de baas, kan moeilijk delen, grote behoefte aan zoetheid, snel opgezette buik, rommelt veel in de buik, klachten vaak aan de rechter kant of trekken van rechts naar links, snel keel ontstekingen.

Dik, ziet bleek, droge ruwe huid, snel eczeem en kloofjes, korstvorming, verlegen en besluiteloos, zorgelijk. Huilt snel, problemen met de ontlasting (te hard), houdt van eten.

Klein, te mager en te licht, graag alleen, zwijgzaam, wat afwezig en vergeetachtig, kan niet tegen drukte, wil niet getroost worden, kan niet plassen waar anderen bij zijn, Snel hoofdpijn, vaak dorst, draagt graag strakke kleding, waterige uitscheiding uit ogen en neus.

Mager, last van groeistoten, levendig, gevoelig voor kou, uitgezakte buik, eet graag zout en hartig, diarree, stinkende winden, erg vatbaar voor infecties, slijmvlies klachten, knapt moeilijk op na een acute ziekte.

Stevig, mager, bleke huid met ruwe plekken, warme handen en voeten, verzamelaar, fantasierijk, slordig, veel dorst, slecht eten, onrustig slapen, grote eter, heeft het altijd warm, slechte huid.