MESOLOGIE

MESOLOGIE praktijk Betane
Gerjanne Tharner
Bergse Heihoek 54
5351 SL Berghem
Tel: 06-48278052
info@beltanemesologiepraktijk.nl

Intakeformulier mesologie® kind - basisschool

Afspraak met: _____

Datum: _____ Tijd: _____

Algemeen persoonlijke gegevens

Naam: _____ ☐M ☐V Geboortedatum: _____

Voornaam: _____ 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 ☐ snijdend

Aanvulling: _____

Persoonlijke kenmerken

Lengte van uw kind: _____m Gewicht van uw kind: **MESOLOG** 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:

- ☐ Bang om alleen te zijn
- ☐ Hyperactief
- ☐ Wordt gepest
- ☐ Praat makkelijk
- ☐ Veranderingen zijn moeilijk
- ☐ Boos
- ☐ Huilt snel
- ☐ Jaloers
- ☐ Schrikkerig
- ☐ Vrolijk
- ☐ Fijn om te knuffelen
- ☐ Vervelend om te knuffelen
- ☐ Makkelijk concentreren
- ☐ Moeilijk concentreren
- ☐ Driftig
- ☐ Gefrustreerd
- ☐ Veel vrienden
- ☐ Weinig vrienden

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	☐	☐
Vermoeidheid:	☐	☐
☐ continu ☐ ochtend ☐ middag ☐ avond		
Hoofdpijn:	☐	☐
☐ dagelijks ☐ wekelijks ☐ maandelijks		
Waar in het hoofd: _____		
Jeugdreuma	☐ ja	☐ nee
Aanvulling: _____		

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

Urinewegen	soms	vaak
Nierinfectie	☐	☐
Pijn bij het plassen	☐	☐
Nierstenen	☐	☐
Blaasontsteking	☐	☐
Aanvulling: _____		

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

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

_____