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

MESOLOGIE

Intakeformulier mesologie® kind - 0 tot 4 jaar

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

Gaat uw kind naar een kinderdagverblijf: ☐ ja ☐ nee

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

Aanvulling: _____

Klachten

Wat is de voornaamste klacht: _____

Welke bijkomende klachten heeft uw kind: _____

Wanneer is/zijn deze ontstaan: _____

Was er een aanleiding: _____

Hoe maakt uw kind de klacht(en) kenbaar: _____

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

Aanvulling: _____

Persoonlijke kenmerken

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 zindelijk overdag: ☐ ja ☐ nee

Zindelijk 's nachts: ☐ ja ☐ nee

Heeft uw kind het volledige melkgebit: ☐ ja ☐ nee

Is uw kind al aan het tanden wisselen: ☐ ja ☐ nee

Hoe verloopt dit: _____

Is uw kind traag met: ☐ staan ☐ lopen ☐ praten

Speelt uw kind graag: ☐ alleen ☐ samen ☐ binnen ☐ buiten

Is uw kind: ☐ groot voor de leeftijd ☐ klein voor de leeftijd

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 Waar: _____

Huilt uw kind veel: ☐ ja ☐ nee Kunt u dit in uren benoemen: _____

Hoe voelt uw kind zich in het algemeen: _____

Geef een korte beschrijving van uw kind:

_____

Aanvulling: _____

Graag aankruisen waar u uw kind in herkent:

☐ Bang om alleen te zijn	☐ Boos	☐ Traag	☐ Fijn om te knuffelen
☐ Hyperactief	☐ Jantje lacht jantje huilt	☐ Driftig	☐ Vervelend om te knuffelen
☐ Jaloers	☐ Schrikkerig	☐ Vrolijk	☐ Moederskindje

Aanvulling: _____

Historie en familie

Is uw kind al eens geopereerd: ☐ ja ☐ nee Waarvoor: _____

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

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: _____

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

Moeder: _____ Vader: _____

Anders: _____

Aanvulling: _____

Voedingsgewoonten

Heeft/krijgt uw kind borstvoeding (gehad): ☐ ja ☐ nee Hoe lang: _____

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

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:

_____

Huid

Huid: ☐ vet ☐ droog ☐ jeuk ☐ uitslag ☐ eczeem (gehad) ☐ slechte wondgenezing ☐ wratten

Littekens: ☐ ongeval ☐ operatie Waar heeft uw kind littekens: _____

Aanvulling: _____

Spijsvertering	soms	vaak
Buikpijn	☐	☐
Obstipatie	☐	☐
Winderigheid	☐	☐
Reflux	☐	☐

Aanvulling:

_____

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

Aanvulling: _____

Overig

_____