



M E S O L O G I E



I.S.O. CARE
Neurofeedback • Mesologie • Mesoslank • Life-coaching

kwaliteit in zorg

ISOCARE • Stratumsedijk 99a Eindhoven • 06-24574285
info@isocare.nl • www.isocare.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 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: _____		

Spijsvertering	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
