



M E S O L O G I E



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

**kwaliteit in zorg**

ISOCARE • Stratumsewijk 99a Eindhoven • 06-24574285  
info@isocare.nl • www.isocare.nl

## 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

Duizeligheid

Extreme uitputting na inspanning

Gewichtsverandering:    
 toename  afname

Vermoeidheid:    
 continu  ochtend  middag  avond

Hoofdpijn:    
 dagelijks  wekelijks  maandelijks

Waar in het hoofd: \_\_\_\_\_

Aanvulling: \_\_\_\_\_

**Circulatie** soms vaak

Opgezette klieren

Bloedarmoede (anemie)

Koude handen en voeten

Aanvulling: \_\_\_\_\_

**Spieren en gewrichten** soms vaak

Spieren:    
 slap  gespannen  pijnlijk  krampen

Rugpijn:    
 hoog  midden  laag

Aanvulling: \_\_\_\_\_

**Huid/Haar/Nagels**

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

Littekens:  ongeval  operatie

Waar heb je littekens: \_\_\_\_\_

Aanvulling: \_\_\_\_\_

**Spijvertering** soms vaak

Buikkramp

Misselijkheid

Winderigheid

Borrelende buik

Obstipatie

Diarree

Bloed bij de ontlasting

Slijm bij de ontlasting

Droge mond

Slechte adem

Opgeblazen gevoel

Anus:  jeuk  kramp

Brandend maagzuur (reflux):    
 altijd  na de maaltijd  's nachts

Aanvulling: \_\_\_\_\_

**Luchtwegen/KNO** soms vaak

Ontstoken holttes (sinusitis)

Oorpijn/ontsteking

Ademhaling:    
 benauwd  kortademig  hyperventilatie

Astma  ja  nee

Chronisch verkouden  ja  nee

Aanvulling: \_\_\_\_\_

**Urinewegen** soms vaak

Pijn bij het plassen

Blaasontsteking

Bedplassen

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  n →  PMS  pijnlijk  hevig  langdurig  onregelmatig

Aanvulling: \_\_\_\_\_

**Overig**