



Intakeformulier

Datum afspraak: _____

Tijd: _____

Geachte mevrouw/meneer,

Wilt u de volgende vragen aandachtig doorlezen en nauwkeurig beantwoorden. Gelieve een week voor de geplande afspraak intakeformulier retourneren. We zullen de gegevens bij de intake bespreken. Uiteraard blijven de gegevens strikt beroepsgeheim.

Naam: _____

Voornaam: _____

Adres: _____

Postcode: _____

Woonplaats: _____

Geb.datum: _____ M/V

Geboorteplaats: _____

E-mail adres: _____

Telefoon overdag: _____

B.G.G.: _____ Mobiel: _____

Beroep: _____

Vorige beroepen: _____

Sport, hobby, vrije tijd: _____

Kinderen, zo ja hoe oud? _____

Medicijngebruik, zo ja sinds wanneer:

Huisarts: _____ adres: _____

Specialist: _____ adres: _____

Therapeut: _____ adres: _____

Ik ga akkoord dat de huisarts wordt geïnformeerd dat ik bij een Mesoloog onder behandeling ben.
(aanvinken indien akkoord)

Door wie bent u geïnformeerd: _____

Wat is uw voornaamste klacht: _____

Wanneer is deze klacht begonnen en onder welke omstandigheden:



Als u pijn hebt kunt u de aard van de pijn omschrijven (stekend/zeurend/kloppend/
beklemmend)? _____

Is er een patroon of regelmaat te ontdekken? _____

Welke omstandigheden geven verbetering (b.v. warmte/koude/rust/stress/honger/
eten/lichaamshouding of beweging) _____

En verergering? _____

Hoe voelt u zich algemeen?(verdrietig/angstig/geirriteerd) _____

Wordt u 's nachts wakker, hoe laat? _____

Hoe is uw stoelgang? _____ X dagelijks/_____ X per week. Regelmatig/onregelmatig. Consistentie:
vast/breïig/vast/waterig.

Kleur: wit/lichtbruin/geelbruin/donkerbruin/zwart

Heeft u voorkeur/afkeur voor zoet/pikant/bitter _____

Welke spijsen en/of dranken liggen u NIET goed ? _____

Heeft u grote behoefte aan zoetheid? _____

Rookt u? hoeveel? _____

Gebruikt u alcohol? Hoeveel? _____

Gebruikt u drugs? Welke en hoeveel? _____

Drinkt u koffie? Hoeveel? _____

Welke zijn de bijkomende klachten nu?

Familiaire ziekten: erfelijke aandoeningen (hart-vaat ziekten, reuma, kanker, suiker, huidaandoeningen,
etc.) Moeder: _____

Vader: _____

Overige familieleden: _____



Wilt u op deze pagina die vierkantjes aankruisen, die voor u van toepassing zijn. De linker kolom vierkantjes zijn voor oude klachten, de rechter kolom voor recente klachten. Als u huidige klachten ook vroeger al had, dan kruist u beide vierkantjes aan. Er zijn ook keuzemogelijkheden

oud	recent	ALGEMEEN	oud	recent	MAAG/DARMEN
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hoofdpijn: <i>dagelijks/wekelijks</i> *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	darmontsteking
		Waar in het hoofd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	verstopping
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	slapeloosheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	diarree
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	slecht inslapen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	droge mond
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	gewichtsverandering: <i>toename /afname</i> *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	opgezette buik
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Duizeligheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	misselijkheid
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	vermoeidheid: <i>continu/middag/avond</i> *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	winderigheid
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dubbel/vaag zien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	buikpijn/ krampen *
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	allergie:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	borrelende buik
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bloedingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	maagzuur
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	overig:
		LUCHTWEGEN/K.N.O.			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ademnood			SPIEREN/GEWRICHTEN
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	chronisch hoesten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	gespannen/slappe spieren *
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	chronisch verkouden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lage rugpijn
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nekpijn
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	keelpijn/ontstekingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	tintelingen/ uitstraling
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sinusitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gewrichtspijnen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	oorsuizen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	spierpijnen/ krampen *
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	bewegingsbeperking
		HART EN BLOEDVATEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reuma
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>hoge/lage/normale</i> bloeddruk *			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	opgezette klieren			HUID
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aderverkalking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	eczeem / uitslag *
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	onregelmatige hartslag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	snel blauwe plekken
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>normaal/beklemmen/</i> gevoel op de borst*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	droge huid / transpiratie *
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hartkloppingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jeuk
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	koude handen/voeten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	snel brekende nagels
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	spataders	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	haaruitval / brekend haar *
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	vocht vasthouden			
					GESTELDHEID
		URINEWEGEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zenuwachtigheid
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nierinfectie/nierstenen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depressies
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	pijn bij het plassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Overbezorgdheid
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	prostaatklachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Concentratiezwakte
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	blaasontsteking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	geheugenvermindering
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	geslachtsziekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Angst
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	verandering urine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	veel piekeren
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	verandering libido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lusteloosheid
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Opkroppen
		VROUW	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	weinig zelfvertrouwen
		Zwanger: <i>ja/nee/onbekend</i> *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	verdriet, droefheid
		leeftijd 1 ^e menstruatie:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	besluiteloosheid
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	pijnlijke menstruatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Geïrriteerdheid
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	onregelmatige menstruatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Opvliegers
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	langdurige menstruatie			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	pijnlijke borsten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	overig:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	premenstrueel syndroom			