



M E S O L O G I E

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:

- | | | | |
|---|--|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Bang om alleen te zijn | <input type="checkbox"/> Boos | <input type="checkbox"/> Traag | <input type="checkbox"/> Fijn om te knuffelen |
| <input type="checkbox"/> Hyperactief | <input type="checkbox"/> Jantje lacht jantje huult | <input type="checkbox"/> Driftig | <input type="checkbox"/> Vervelend om te knuffelen |
| <input type="checkbox"/> Jaloers | <input type="checkbox"/> Schrikkerig | <input type="checkbox"/> Vrolijk | <input type="checkbox"/> 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 zoetheid: 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: _____

Spijvertering

- | | soms | vaak |
|--------------|--------------------------|--------------------------|
| Buikpijn | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Obstipatie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Winderigheid | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Reflux | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- Aanvulling: _____

Luchtwegen/KNO

- | | soms | vaak |
|--|-----------------------------|------------------------------|
| Ontstoken holtes (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: _____

Overig

Naam: _____

Geboortedatum: _____

Graag uit onderstaande lijst die woorden omcirkelen die van toepassing zijn voor uw kind op "babyleeftijd".

Gemakkelijk, mollig over hele lichaam, groot hoofd, vaak zweet op achterhoofd, koude zweetende handen en voeten, is dol op eieren, snel vochtige huiduitslag, koemelk geeft klachten, ruikt zuur, is wat traag in de ontwikkeling, nachtmerries of onrustige slaap.

Snel van begrip en handelen, gevoelig, snel van streek, plezierig, zachtaardig, klein en korte beentjes, huid is wit met zichtbare bloedvaten, weinig discipline, harde lymfeklieren.

Onrustig, dunne armen en benen, opgeblazen buik, altijd koud, snel huiduitslag, faalangst, drempelvrees, ontloopt ruzie, wil niet getroost worden, verstopping, ontstoken nagelriemen of wondjes, stinkend voetzweet.

Mager, levendig, slecht eten, dikke amandelen, langzaam tanden, stevig, plotseling ziek dan rood hoofd, hoge koorts met koude rillingen, gaat dan uit zich zelf naar bed, levendig, onrust, angstig.

Lang en slank, temperamentvol, levendig, praat weinig, behoefte aan aandacht en contact, zeer gevoelig voor sfeer, voor atmosferische veranderingen (onweer), snel uitgeput, eet heel vaak 't liefst ook 's nachts, snel luchtweg problemen, knapt snel op van een heel kort slaapje.

Donker haar, sympathiek, snel woede aanvallen, huilt snel, leeft intens mee met verdriet van anderen, grote onrust, zorgelijk, pessimistisch, snel verkrampte spieren, wratten, droge hoest.

Extreem precies, soms dwangmatig netjes, angstig, bang voor geesten, dood en onverwachte dingen, dieven. Rusteloos, kritisch, wil alles hebben, snel koud.

Mager gezichtje en hals, zwak lichaam, scherp verstand, lijkt ouder dan werkelijke leeftijd, speelt graag de baas, kan moeilijk delen, grote behoefte aan zoetheid, snel opgezette buik, rommelt veel in de buik, klachten vaak aan de rechter kant of trekken van rechts naar links, snel keel ontstekingen.

Dik, ziet bleek, droge ruwe huid, snel eczeem en kloofjes, korstvorming, verlegen en besluiteloos, zorgelijk. Huilt snel, problemen met de ontlasting (te hard), houdt van eten.

Klein, te mager en te licht, graag alleen, zwijgzaam, wat afwezig en vergeetachtig, kan niet tegen drukte, wil niet getroost worden, kan niet plassen waar anderen bij zijn, Snel hoofdpijn, vaak dorst, draagt graag strakke kleding, waterige uitscheiding uit ogen en neus.

Mager, last van groeistoten, levendig, gevoelig voor kou, uitgezakte buik, eet graag zout en hartig, diarree, stinkende winden, erg vatbaar voor infecties, slijmvlies klachten, knapt moeilijk op na een acute ziekte.

Stevig, mager, bleke huid met ruwe plekken, warme handen en voeten, verzamelaar, fantasierijk, slordig, veel dorst, slecht eten, onrustig slapen, grote eter, heeft het altijd warm, slechte huid.



Mesologie

Praktijk van Marga Tump

Pr. Bernhardweg 28

7251 EH Vorden

mobiel.: 06 - 226 31 821

tel nr: 0575 - 555 394

www.mesologiemargatump.nl

praktijkmargatump@gmail.com

Vorden, - -

.....(naam) geboren - -

Hiermee geeft u toestemming tot mesologische behandeling en gaat u akkoord met de algemene voorwaarden, zoals deze door uw mesoloog voorafgaand aan dit onderzoek kenbaar zijn gemaakt.

Hiermee geeft u toestemming tot het vastleggen van gegevens in het cliëntdossier (papier of digitaal).

Deze toestemming geldt tot het moment dat deze wordt ingetrokken, of tot het moment dat de behandeling wordt beëindigd met inachtneming van het gestelde bewaartermijn.

Praktijk van Marga Tump handelt volgende de beroepscode, het dossierplicht, WBOG en Wkkgz.

Tevens verklaart u hierbij (doorhalen wat niet van toepassing is):

- Akkoord te gaan met het uitwisselen van informatie via email, hierin kunnen persoonsgegevens staan. JA/NEE
- Akkoord te gaan met het uitwisselen van uw persoonsgegevens aan apotheken of andere leveranciers van supplementen wanneer u vraagt aan Praktijk van Marga Tump om de geadviseerde supplementen voor u te bestellen.
- Privacy formulier meegegeven/gemaid JA/NEE
- Gegevensuitwisseling met (nader in te vullen hieronder). JA/NEE

.....
Aanvullende opmerkingen:

.....
.....
.....

Ondertekening:

Cliënt

(Praktijk van Marga Tump, naam)

.....



UW PRIVACY

Voor een goede behandeling is het noodzakelijk dat ik als uw behandelende therapeut een dossier aanleg. Dit is ook een wettelijke plicht opgelegd door de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO). Uw dossier bevat aantekeningen over uw gezondheidstoestand en gegevens over de uitgevoerde onderzoeken en behandelingen.

Ook worden in het dossier gegevens opgenomen die voor uw behandeling noodzakelijk zijn en die ik, na uw expliciete toestemming, heb opgevraagd bij een andere zorgverlener bijvoorbeeld bij de huisarts.

Ik doe mijn best om uw privacy te waarborgen. Dit betekent onder meer dat ik:

- zorgvuldig omga met uw persoonlijke en medische gegevens,
- ervoor zorg dat onbevoegden geen toegang hebben tot uw gegevens

Als uw behandelende therapeut heb ik als enige toegang tot de gegevens in uw dossier. Ik heb een wettelijke geheimhoudingsplicht (beroepsgeheim).

De gegevens uit uw dossier kunnen ook nog voor de volgende doelen gebruikt worden:

- Om andere zorgverleners te informeren, bijvoorbeeld als de therapie is afgerond of bij een verwijzing naar een andere behandelaar. Dit gebeurt alleen met uw expliciete toestemming
- Voor het gebruik voor waarneming, tijdens mijn afwezigheid
- Voor het geanonimiseerde gebruik tijdens intercollegiale toetsing.
- Een klein deel van de gegevens uit uw dossier wordt gebruikt voor de financiële administratie, zodat ik of mijn administrateur een factuur kan opstellen.

Als ik vanwege een andere reden gebruik wil maken van uw gegevens, dan zal ik u eerst informeren en expliciet uw toestemming vragen.

Deze gegevens in het cliëntendossier blijven zoals in de wet op de behandelovereenkomst wordt vereist 20 jaar bewaard.

PRIVACY OP DE ZORGNOTA

Op de zorgnota die u ontvangt staan de volgende gegevens:

- Uw naam, adres en woonplaats
- Uw klantnummer en/of uw geboortedatum
- De datum van de behandeling en declaratienummer
- Een korte omschrijving van de behandeling
- De kosten van het consult

