



# M E S O L O G I E

## 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  soms  vaak

Duizeligheid  soms  vaak

Extreme uitputting na inspanning  soms  vaak

Gewichtsverandering:  soms  vaak  
 toename  afname

Vermoeidheid:  soms  vaak  
 continu  ochtend  middag  avond

Hoofdpijn:  soms  vaak  
 dagelijks  wekelijks  maandelijks

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

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

**Circulatie** soms vaak

Opgezette klieren  soms  vaak

Bloedarmoede (anemie)  soms  vaak

Koude handen en voeten  soms  vaak

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

**Spieren en gewrichten** soms vaak

Spieren:  soms  vaak  
 slap  gespannen  pijnlijk  krampen

Rugpijn:  soms  vaak  
 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: \_\_\_\_\_

**Spijsvertering** soms vaak

Buikkramp  soms  vaak

Misselijkheid  soms  vaak

Winderigheid  soms  vaak

Borrelende buik  soms  vaak

Obstipatie  soms  vaak

Diarree  soms  vaak

Bloed bij de ontlasting  soms  vaak

Slijm bij de ontlasting  soms  vaak

Droge mond  soms  vaak

Slechte adem  soms  vaak

Opgeblazen gevoel  soms  vaak

Anus:  jeuk  kramp  soms  vaak

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

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

**Luchtwegen/KNO** soms vaak

Ontstoken holtes (sinusitis)  soms  vaak

Oorpijn/ontsteking  soms  vaak

Ademhaling:  soms  vaak  
 benauwd  kortademig  hyperventilatie

Astma  ja  nee

Chronisch verkouden  ja  nee

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

**Urinewegen** soms vaak

Pijn bij het plassen  soms  vaak

Blaasontsteking  soms  vaak

Bedplassen  soms  vaak

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  nee  PMS  pijnlijk  hevig  langdurig  onregelmatig

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

**Overig**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**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

