



M E S O L O G I E

Intakeformulier mesologie® volwassenen

Afspraak met: _____

Datum: _____ Tijd: _____

Algemeen persoonlijke gegevens

Naam: _____ M V E-mailadres: _____

Voornaam: _____ Geboortedatum: _____

Adres: _____ Geboorteplaats: _____

Postcode: _____ Woonplaats: _____ BSN: _____

Telefoon/mobiel: _____ Zorgverzekeraar: _____

Medische gegevens

Huisarts: _____ Telefoon: _____

Bent u onder behandeling van een specialist, naam: _____ Telefoon: _____

Door wie bent u geïnformeerd/geadviseerd: _____

Gebruikt u op dit moment medicatie?

Naam medicatie	Merk	Gebruik	Hoeveelheid
_____	_____	_____ x daags	_____
_____	_____	_____ x daags	_____
_____	_____	_____ x daags	_____

Gebruikt u andere middelen die u 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

Burgerlijke staat: _____

Wat is uw beroep: _____

Wat waren uw vorige werkzaamheden: _____

Wat doet u voor sport/hobby/vrije tijd: _____

Aanvulling: _____

Klachten

Wat is uw voornaamste klacht: _____

Welke bijkomende klachten heeft u: _____

Wanneer is/zijn deze ontstaan: _____

Was er een aanleiding: _____

Hoe uit(en) deze zich: _____

Welk cijfer zou u uw 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 uw klacht(en) periode-afhankelijk, bijvoorbeeld tijd, dag, maand, seizoen: _____

Heeft u pijn: ja nee

Zo ja, wat is de aard van de pijn stekend brandend zeurend schietend
 kloppend dof snijdend

Aanvulling: _____

Persoonlijke kenmerken

Uw lengte: _____ m Uw gewicht: _____ kg

Hoe voelt u zich in het algemeen: _____

Zijn er gedurende de dag momenten van inzinking: _____

Kunt u makkelijk inslapen: ja nee Wordt u '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

Transpireert u: veel weinig niet sterk ruikend

Graag aankruisen waar u uzelf 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"/> Gejaagd | <input type="checkbox"/> Cijfer mezelf snel weg |
| <input type="checkbox"/> Depressief | <input type="checkbox"/> Snel schuldgevoel | <input type="checkbox"/> Stressgevoelig | <input type="checkbox"/> Veel zelfvertrouwen |
| <input type="checkbox"/> Opkroppen | <input type="checkbox"/> Blij | <input type="checkbox"/> Bezorgd | <input type="checkbox"/> Weinig zelfvertrouwen |

Aanvulling: _____



Historie en familie

Welke ziekten, operaties, ongevallen, behandelingen en/of emotionele gebeurtenissen heeft u in uw leven doorgemaakt:

Welke ziekte of aandoening was het zwaarst in uw leven: _____

Welke kinderziektes heeft u doorgemaakt: _____

Heeft u antibiotica gebruikt: 1 keer regelmatig heel vaak langdurig

Heeft u buiten Europa gereisd: ja nee Zo ja, waar? _____

Heeft u vaccinaties gehad i.v.m.: reizen griep rijksvaccinatieprogramma

Bent u 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 uw familie voor?

Moeder: _____ Vader: _____

Anders: _____

Aanvulling: _____

Voedingsgewoonten

Eet u: vegetarisch veganistisch Anders: _____

Heeft u een voorkeur voor: zoet zout zuur pikant bitter

Heeft u een afkeur voor: zoet zout zuur pikant bitter

Welke voedingsmiddelen of dranken liggen u niet goed: _____

Heeft u grote behoefte aan zoetheid: ja nee Wat neemt u dan: _____

Drinkt u koffie: ja nee Hoeveel: _____

Drinkt u alcohol: ja nee Wat en hoeveel: _____

Rookt u: ja nee Hoeveel: _____ Heeft u gerookt: ja nee

Gebruikt u drugs: ja nee Hoeveel: _____ Heeft u drugs gebruikt: ja nee

Aanvulling: _____

Allergie/Overgevoeligheden

Heeft u wel eens een koortslip: ja nee

Allergie/overgevoeligheid voor: gluten koemelkeiwit lactose hooikoorts huisstofmijt
 vruchten insecten sieraden paracetamol antibiotica

Aanvulling: _____



Algemeen	vroeger	nu
Migraine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duizeligheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slechte concentratie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slapeloosheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slecht geheugen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gewichtsverandering:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> toename <input type="radio"/> afname		
Vermoeidheid:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> continu <input type="radio"/> ochtend <input type="radio"/> middag <input type="radio"/> avond		
Zichtvermogen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> vaag zien <input type="radio"/> dubbel zien <input type="radio"/> staar		
Hoofdpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> dagelijks <input type="radio"/> wekelijks <input type="radio"/> maandelijks		
Waar in het hoofd heeft u pijn: _____		

Aanvulling: _____

Circulatie	vroeger	nu
Bloeddruk hoog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bloeddruk laag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beklemmend gevoel op de borst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Onregelmatige hartslag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Snel blauwe plekken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spataderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hartkloppingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Restless legs (onrustige benen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opgezette klieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vocht vasthouden	<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: _____

Spieren en gewrichten	vroeger	nu
Nekpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reumatische klachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gewrichtspijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stijf bij opstaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spieren:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> slap <input type="radio"/> gespannen <input type="radio"/> pijnlijk <input type="radio"/> krampen		
Rugpijn:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> hoog <input type="radio"/> midden <input type="radio"/> laag		

Aanvulling: _____

Huid/Haar/Nagels	vroeger	nu
Snel brekende nagels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haar:		
<input type="radio"/> snel brekend <input type="radio"/> uitval		
Huid:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> vet <input type="radio"/> droog <input type="radio"/> uitslag <input type="radio"/> eczeem		
<input type="radio"/> jeuk <input type="radio"/> slechte wondgenezing <input type="radio"/> acne		
Littekens: <input type="radio"/> ongeval <input type="radio"/> operatie		

Waar heeft u littekens: _____

Aanvulling: _____

Spijvertering	vroeger	nu
Buikkrap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Misselijkheid	<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="radio"/> aambeien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aanvulling: _____

Luchtwegen/KNO	vroeger	nu
Oorsuizen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oorpijn/ontsteking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ontstoken holtes (sinusitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ademhaling:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="radio"/> benauwd <input type="radio"/> kortademig <input type="radio"/> hyperventilatie		
Astma	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Chronisch verkouden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee

Aanvulling: _____

Urinewegen	vroeger	nu
Nierinfectie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierstenen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incontinentie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pijn bij het plassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blaasontsteking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aanvulling: _____

Man	vroeger	nu
Verandering libido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erectiestoornis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prostaatvergroting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aanvulling: _____

Vrouw	vroeger	nu
Bent u momenteel zwanger	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Zwangerschappen doorgemaakt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Onvoldragen zwangerschappen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Gebruikt u anticonceptie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Welke: _____		
Leeftijd van uw eerste menstruatie: _____ jaar		
Verandering libido	<input type="checkbox"/> vroeger	<input type="checkbox"/> nu
Vaginale klachten:	<input type="checkbox"/> vroeger	<input type="checkbox"/> nu
<input type="radio"/> afscheiding <input type="radio"/> infecties <input type="radio"/> jeuk <input type="radio"/> SOA		
Menstruatieklachten:	<input type="checkbox"/> vroeger	<input type="checkbox"/> nu
<input type="radio"/> PMS <input type="radio"/> pijnlijk <input type="radio"/> hevig <input type="radio"/> langdurig <input type="radio"/> 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

