



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