

Datum afspraak

Tijdstip

---

**Algemene persoonlijke gegevens**

Geslacht

Jongen

Meisje

Geboortedatum

Voornaam

Geboorteplaats

Achternaam

Telefoon overdag

Adres

Email

Postcode

Woonplaats

Naam ouders/verzorgers

---

**Medische gegevens**

Huisarts

Zorgverzekeraar

Is uw kind onder behandeling van een specialist?

Ja

Nee

Naam specialist

Reguliere diagnose

Door wie bent u geïnformeerd, of geadviseerd?

**Gebruikt uw kind op dit moment medicatie? A.u.b. aangeven inclusief verpakking en inhoud**

**Gebruikt uw kind andere middelen die zijn voorgeschreven door anderen of op uw eigen initiatief?  
Bijvoorbeeld: (voedings)supplementen, paracetamol, neusspray of slaaptabletten?**

**Graag medicatie en supplementen meenemen bij het consult.**

**Leefsituatie**

School

Klas

Samenstelling gezin: broers, zussen, (co-)ouders, etc.

Sport/hobby's/vrije tijd

Aanvulling

**Klachten**

Wat is de voornaamste klacht?

Welke bijkomende klachten zijn er?

Wanneer is/zijn deze ontstaan?

Was er een aanleiding?

Zijn er omstandigheden die verbetering geven?

Zijn er omstandigheden die verergering geven?

Is er een regelmaat of patroon te ontdekken?

Is de klacht afhankelijk van?	Tijdstip	Dag	Maand	Seizoen
	Anders			
Is er sprake van pijn?	Ja	Nee		
Wat is de aard van je pijn?	Stekend	Brandend	Zeurend	Schietend
	Kloppend	Dof	Snijdend	

**Persoonlijke kenmerken**

Lengte van uw kind

Gewicht van uw kind

Zijn er gedurende de dag momenten van inzinking? Wanneer?

Hoe laat gaat uw kind naar bed

Komt uw kind makkelijk in slaap?

Ja

Nee

Wordt uw kind 's nachts wakker?

Ja

Nee

Hoe laat?

Is uw kind 's nachts zindelijk?

Ja

Nee

Frequentie stoelgang

x dagelijks /

x per week

Regelmatig

Onregelmatig

Consistentie stoelgang

Hard

Vast

Brijig

Zacht

Waterig

Plakkerig

Wisselend

Onverteerde etensresten

Kleur stoelgang

Wit

Lichtbruin

Geelbruin

Bruin

Donkerbruin

Zwart

Groen

Kleur ochtendurine	Bruin	Donkergeel	Lichtgeel	Transparant
	Anders			

Transpireert uw kind	Veel	Weinig	Niet	Ruikt sterk
	Specifieke geur: welke?			

Korte omschrijving van uw kind

Graag aankruisen waarin u uw kind op dit moment het meest herkent

Bang alleen te zijn	Boos	Knuffelt graag	Driftig
Hyperactief	Huilt snel	Knuffelt niet graag	Gefrustreerd
Wordt gepest	Jaloers	Makkelijk concentreren	Veel vrienden
Praat makkelijk	Schrikkerig	Moeilijk concentreren	Weinig vrienden
Vrolijk	Veranderingen zijn moeilijk		

Aanvulling

### Historie en familie

Welke ziektes, operaties, ongevallen, behandelingen en/of emotionele gebeurtenissen heeft uw kind doorgemaakt? (in chronologische volgorde, denk ook aan: kinderziektes, eczeem, tandheelkundige ingrepen, etc.)

Welke ziekte, ongeval, operatie was de laatste voor de huidige klacht(en) begonnen?

Heeft uw kind antibiotica gebruikt?	1 Keer	Soms	Regelmatig	Heel vaak	Langdurig
	Toelichting				

Heeft uw kind vaccinatie(s) gehad in verband met	Rijksvaccinatieprogramma	Griep	HPV (voor meisjes)
	Reizen: welke?		

Heeft uw kind buiten Europa gereisd?	Ja	Nee	Waar?
--------------------------------------	----	-----	-------

Heeft uw kind borstvoeding gehad?	Ja	Nee	Hoe lang?
-----------------------------------	----	-----	-----------

Is de zwangerschap goed verlopen?	Ja	Nee	Heeft u medicijnen geslikt tijdens de zwangerschap?	Ja	Nee
-----------------------------------	----	-----	---	----	-----

Zo ja, wanneer en wat ging er niet goed?

Zo ja, welke medicijnen

Hoe verliep de bevalling?

Waren er complicaties?

Is uw kind in het verleden onder behandeling geweest van andere therapeut en/of specialist?  
Bijvoorbeeld een cardioloog, internist, mesoloog, osteopaat, acupuncturist of homeopaat, etc.

Welke ziekten en/of aandoeningen (wel of niet erfelijk) komen er in de familie voor?

Moeder

Vader

Anders

Aanvulling

### Voedingsgewoontes

Heeft uw kind qua smaak een voorkeur voor?

Zoet                  Zout                  Zuur                  Pikant                  Bitter

Heeft uw kind qua smaak een afkeur voor?

Zoet                  Zout                  Zuur                  Pikant                  Bitter

Volgt uw kind je een specifiek voedingspatroon? Welk?

### Wat eet en drinkt uw kind in het algemeen dagelijks tijdens ontbijt, lunch, avondeten en als tussendoortje?

Ontbijt, lunch	Pap	Yoghurt	Ontbijtgranen	Fruit	
	Brood	Crackers	Beschuit	Roomboter	
	Margarine	Kaas	Vleeswaren	Zoet beleg	
	Soep	Warme maaltijd	Salade	Rauwkost	
	Anders				
Avondeten	Vis	Vlees	Gevogelte	Vleesvervanger	
	Aardappelen	Pasta	Rijst	Andere granen	
	Groente	Salade	Rauwkost	Toetje	
	Anders				
Bereidingswijze	Koken	Bakken	Wokken	Stomen	Magnetron
Tussendoortjes	Niets	Koek	Fruit	Noten	Chocola
	Anders				
Drinken	Water	Thee	Koffie	Zuivel	
	Vruchtensap	Diksap, ranja	Frisdrank	Energiedrankjes	
	Anders				

Wat drinkt uw kind graag? Hoeveel?

Welke voedingsmiddelen liggen uw kind niet goed?

Heeft uw kind een grote zoetbehoefte?      Ja      Nee      Wat neemt hij/zij dan?

Aanvulling

### Allergieën - Overgevoeligheden

Allergieën en/of overgevoeligheden voor

Gluten	Koemelkeiwit	Lactose	Soja	Vruchten
Hooikoorts	Huisstofmijt	Insecten	Sieraden	Medicijnen

Aanvulling

Op de hierna genoemde klachten zijn meerdere antwoorden mogelijk.

				Spijsvertering			
				Darmontsteking	Nu	Soms	Vaak
				Buikpijn, krampen	Nu	Soms	Vaak
Hoofdpijn	Nu	Soms	Vaak	Misselijkheid	Nu	Soms	Vaak
Waar in het hoofd?	Nu	Soms	Vaak	Winderigheid	Nu	Soms	Vaak
Duizeligheid	Nu	Soms	Vaak	Borrelende buik	Nu	Soms	Vaak
Jeugdreuma	Nu	Soms	Vaak	Opgeblazen gevoel	Nu	Soms	Vaak
Vermoeidheid	Nu	Soms	Vaak	Diarree	Nu	Soms	Vaak
				Obstipatie	Nu	Soms	Vaak
				Bloed bij ontlasting	Nu	Soms	Vaak
Heeft uw kind littekens?	Ja	Nee		Slijm bij ontlasting	Nu	Soms	Vaak
Zo ja, waar?				Parasiet, wormen	Nu	Soms	Vaak
				Anus	Nu	Soms	Vaak
						<i>Jeuk</i>	<i>Kramp</i>
Opgezette klieren	Nu	Soms	Vaak	Maagzuur	Nu	Soms	Vaak
Koude handen/voeten	Nu	Soms	Vaak			<i>Altijd</i>	<i>'s Nachts</i>
Bloedarmoede	Nu	Soms	Vaak			<i>Direct ná eten</i>	<i>1 tot 2 uur ná eten</i>



Door middel van de Privacy verklaring, die u bij de bevestiging van uw afspraak heeft ontvangen, bent u uitdrukkelijk geïnformeerd welke gegevens uw therapeut opslaat in het cliëntendossier van uw zoon/dochter en wat uw therapeut met deze gegevens doet.

Middels ondertekening van dit intakeformulier en het aanvinken van uw akkoord ten aanzien van het gehanteerde privacy beleid, geeft u uw therapeut (Patricia van Houten, Mesoloog D.M.) toestemming om de genoemde gegevens op te slaan, teneinde uitvoering te kunnen geven aan de door u gevraagde ondersteuning, alsmede om te kunnen voldoen aan wettelijke verplichtingen.

Ik ga akkoord met het Privacy beleid van Mesoforte

Naam

Datum

Handtekening

\* Bij aanvang van uw afspraak heeft u de mogelijkheid om uw intakeformulier digitaal te ondertekenen.

*U hoeft dit formulier derhalve niet thuis al te printen!*

**Voor het behandelen van kinderen tot 16 jaar is tevens specifieke toestemming voor deze behandeling vereist van de ouder(s) en/of voogd(en). Deze toestemming dient separaat te worden gegeven via het bij dit intakeformulier ontvangen 'Toestemmingsformulier behandeling Minderjarige'.**

---

**Bewaar het intakeformulier tussendoor en/of als u volledig klaar bent met invullen op uw computer of tablet. Mail het opgeslagen intakeformulier vervolgens naar: [info@mesoforte.nl](mailto:info@mesoforte.nl)**