

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

Gaat uw kind naar een kinderdagverblijf? Ja Nee

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

Aanvulling

Klachten

Wat is de voornaamste klacht?

Welke bijkomende klachten zijn er?

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 de klacht afhankelijk van? Tijdstip Dag Maand Seizoen
Anders

Is er sprake van pijn? Ja Nee

Persoonlijke kenmerken

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 overdag zindelijk? Ja Nee

Is uw kind 's nachts zindelijk? Ja Nee

Heeft uw kind het volledige melkgebit? Ja Nee

Is uw kind al tanden aan het 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 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	
	Waar?				
Huilt uw kind veel	Ja	Nee			

Kunt u dit in uren benoemen

Hoe voelt uw kind zich in het algemeen?

Geef een korte omschrijving van uw kind

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

Bang alleen te zijn	Boos	Traag	Knuffelt graag
Hyperactief	Jantje lacht Jantje huilt	Huilt snel	Knuffelt niet graag
Driftig	Jaloers	Schrikkerig	Vrolijk
Moederskindje			

Aanvulling

Historie en familie

Is uw kind al eens geopereerd	Ja	Nee	Zo ja, waarvoor?		
Heeft uw kind antibiotica gebruikt?	1 Keer	Soms	Regelmatig	Heel vaak	Langdurig
	Toelichting				
Heeft uw kind vaccinatie(s) gehad in verband met	Rijksvaccinatieprogramma		Griep		
	Reizen: welke?				

Welke kinderziektes heeft uw kind doorgemaakt

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? Waarvoor? Hoe lang?

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 borstvoeding gehad? Ja Nee Hoe lang?

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	Borstvoeding	Flessenvoeding	Pap	Yoghurt	
	Ontbijtgranen	Fruit	Brood	Crackers	
	Beschuit	Roomboter	Margarine	Kaas	
	Vleeswaren	Zoet beleg	Soep	Warme maaltijd	
	Anders				
Avondeten	Borstvoedng	Flessenvoeding	Vis	Vlees	
	Gevogelte	Vleesvervanger	Aardappelen	Pasta	
	Rijst	Andere granen	Groente	Toetje	
	Anders				
Bereidingswijze	Koken	Bakken	Wokken	Stomen	Magnetron
Tussendoortjes	Fruit	Rozijnen	Koek	Toetje	
	Anders				
Drinken	Borstvoeding	Water	Thee	Zuivel	
	Vruchtensap	Diksap	Ranja	Anders	

Wat drinkt uw kind graag? Hoeveel?

Welke voedingsmiddelen liggen uw kind niet goed?

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

Allergieën - Overgevoeligheden

Allergieën en/of overgevoeligheden voor

Gluten	Koemelkeiwit	Lactose	Soja	Vruchten
Hooikoorts	Huisstofmijt	Insecten	Sieraden	Medicijnen

Aanvulling

Huid

Huid	Vet	Droog	Jeuk
	Uitslag	Eczeem (gehad)	Wratten
	Slechte wondgenezing		

Littekens	Ongeval	Operatie
-----------	---------	----------

Waar heeft uw kind littekens

Aanvulling

Op de hierna genoemde klachten zijn meerdere antwoorden mogelijk.

	Spijvertering				Luchtwegen, KNO		
Buikpijn, krampen	Nu	Soms	Vaak	Ontstoken holtes	Nu	Soms	Vaak
Winderigheid	Nu	Soms	Vaak	Oorpijn/ontsteking	Nu	Soms	Vaak
Borrelende buik	Nu	Soms	Vaak	Ademhaling	Nu	Soms	Vaak
Diarree	Nu	Soms	Vaak			<i>Benuwd</i>	
Obstipatie	Nu	Soms	Vaak			<i>Kortademig</i>	
Reflux	Nu	Soms	Vaak	Astma/bronchitis	Ja	Nee	
Parasiet, wormen	Nu	Soms	Vaak	Chronisch verkouden	Ja	Nee	

Aanvulling

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