



# Mesologie - Vaassen

Corina Bax

Postadres: Kerkweg 22, 8171 VR Vaassen  
telefoon: 06 340 635 78  
e-mail: mesologie@live.nl web: www.corinabax.nl

Datum: \_\_\_\_\_

Therapeut: \_\_\_\_\_

Intake dd: \_\_\_\_\_

Tijd: \_\_\_\_\_

Geachte Mevrouw, Meneer,

Datum ontvangst secr.: \_\_\_\_\_

Wilt u de volgende vragen aandachtig doorlezen en zo nauwkeurig mogelijk beantwoorden. Bij het intake-gesprek zullen de gegevens met u worden besproken. Uiteraard blijven de gegevens strikt beroepsgeheim. Dank voor uw bereidwillige inspanning.

Naam: \_\_\_\_\_

Voornaam: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Postcode: \_\_\_\_\_

Woonplaats: \_\_\_\_\_

Geb. datum: \_\_\_\_\_ M/V

Geboorteplaats: \_\_\_\_\_

Geb. Tijd: \_\_\_\_\_

Telefoon overdag: \_\_\_\_\_

B.G.G.: \_\_\_\_\_

Emailadres: \_\_\_\_\_

Beroep: \_\_\_\_\_ Vorige beroepen: \_\_\_\_\_

Sport, Hobby, Vrije tijd: \_\_\_\_\_

Medicijngebruik: \_\_\_\_\_

Behandelend arts: \_\_\_\_\_ spec: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Postcode: \_\_\_\_\_ Woonplaats: \_\_\_\_\_

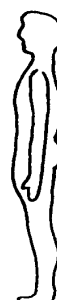
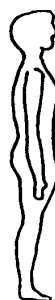
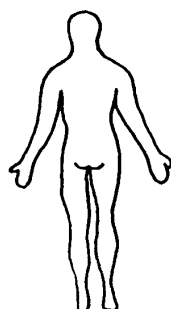
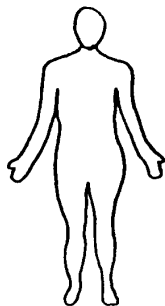
0 Ik maak bezwaar tegen verzending van een rapport naar mijn (huis)arts\*

Door wie bent u geïnformeerd/geadviseerd: \_\_\_\_\_

Wat is uw voornaamste klacht? \_\_\_\_\_

Wanneer is deze begonnen en onder welke omstandigheden? \_\_\_\_\_

Wilt U op de figuren aangeven waar u de klachten voelt? Wilt u tevens in rood littekens aangeven?



\* Zie brief intake, aankruisen.

Als u pijn heeft, kunt u de aard van de pijn omschrijven?  
(stekend, brandend, zeurend, schietend, kloppend, beklemmend)

\_\_\_\_\_

Is er een regelmaat of patroon in uw klachten te ontdekken? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Welke omstandigheden geven verbetering? (b.v. koude, warmte, rust, stress, honger, eten, lichaamshouding, beweging):

\_\_\_\_\_

En verergering? \_\_\_\_\_

Hoe voelt u zich in het algemeen? (verdrietig, angstig, rusteloos, geïrriteerd:

\_\_\_\_\_

Zijn er momenten op een dag van inzinking? \_\_\_\_\_

Wordt u 's nachts wakker, hoe laat? \_\_\_\_\_

Hoe is de stoelgang? \_\_\_ x dagelijks / \_\_\_ x per week. Regelmatig / onregelmatig,

Consistentie: vast/ brijig/ zacht/ waterig. Kleur: wit/ lichtbruin/ geelbruin/ donkerbruin/ zwart

Heeft u voor- of afkeur voor zuur, zoet, pikant, bitter?

voorkeur: \_\_\_\_\_ afkeur: \_\_\_\_\_

Welke spijzen en/of dranken liggen u niet goed? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Heeft u grote behoefte aan zoetheid? JA/NEE \_\_\_\_\_

Rookt u? Hoeveel? \_\_\_\_\_

Gebruikt u alcohol? Hoeveel? \_\_\_\_\_

Gebruikt u drugs? Welke en hoe vaak? \_\_\_\_\_

Drinkt u koffie? Hoeveel? \_\_\_\_\_

Welke zijn de BIJKOMENDE KLACHTEN NU?

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

**Familiaire ziekten:** Erfelijke aandoeningen (hart- en vaatziekten, reuma, kanker, suikerziekte, huidaandoeningen, etc.) en niet-erfelijke aandoeningen

Moeder: \_\_\_\_\_

Vader: \_\_\_\_\_

Overige Familieleden: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wilt u op deze pagina aankruisen welke punten voor u van toepassing zijn.  
 De linker kolom is voor oude klachten, de rechter kolom voor recente klachten.  
 Als u huidige klachten ook vroeger al had, dan kruist u beide kolommen aan.  
 Bij keuzemogelijkheden\*: graag doorhalen wat niet van toepassing is.

## ALGEMEEN

- hoofdpijn: dagelijks/wekelijks/maandelijks \*  
 Waar in het hoofd? \_\_\_\_\_
- slapeloosheid
- slecht inslapen
- gewichtsverandering: toename/ afname \*
- duizeligheid
- vermoeidheid: continu/ ochtend/ middag/ avond \*
- dubbel/vaag zien
- allergie: \_\_\_\_\_

## LUCHTWEGEN/K.N.O.

- ademnood
- chronisch hoesten
- chronisch verkouden
- astma
- keelpijn/ontstekingen
- sinusitis
- oorsuizen

## HART EN BLOEDVATEN

- hoge/ lage bloeddruk \*
- opgezette klieren
- aderverkalking
- onregelmatige hartslag
- pijn/beklemming borst
- hartkloppingen
- koude handen/voeten
- spataders
- vocht vasthouden

## URINEWEGEN

- nierinfectie/nierstenen
- pijn bij het plassen
- prostaatklachten
- blaasontsteking
- geslachtsziekte
- verandering urine
- verandering libido

## VROUW Zwanger JA/NEE

- leeftijd 1e menstruatie: \_\_\_\_\_
- pijnlijke menstruatie
  - onregelmatige menstruatie
  - langdurige menstruatie
  - pijnlijke borsten
  - premenstrueel syndroom
  - witte vloed

## MAAG/DARMEN

- darmontsteking
- verstopping
- diarree
- droge mond
- opgezette buik
- misselijkheid
- winderigheid
- buikpijn/ krampen \*
- borrelende buik
- maagzuur
- bloedingen
- overig: \_\_\_\_\_

## SPIEREN/GEWRICHTEN

- gespannen / slappe spieren \*
- lage rugpijn
- nekpijn
- tintelingen/ uitstraling
- gewrichtspijnen
- spierpijnen/ krampen \*
- bewegingsbeperking
- reuma

## HUID

- eczeem / uitslag \*
- snel blauwe plekken
- droge huid / transpiratie \*
- jeuk
- snel brekende nagels
- haaruitval / brekend haar \*

## GESTELDHEID

- zenuwachtigheid
- depressies
- overbezorgdheid
- concentratiezwakte
- geheugenvermindering
- angst
- veel piekeren
- lusteloosheid
- opkroppen
- weinig zelfvertrouwen
- verdriet, droefheid
- besluiteloosheid
- geïrriteerdheid
- opvliegers
- overig: \_\_\_\_\_

**Ziektegeschiedenis.**

Kunt u zo chronologisch mogelijk omschrijven:

1. Welke ziekten, operaties, ongevallen en behandelingen u in uw leven hebt doorgemaakt. Ook ogenschijnlijk kleine zaken als verstuikingen, tandbehandelingen, amandelen pellen en eczeem kunnen van belang zijn.
2. De kinderziekten die u heeft gehad.
3. Eventuele zwangerschappen en het verloop daarvan.
4. Belangrijke ontwikkelingen in uw leven kunnen eveneens van invloed zijn (echscheiding, overspannen, depressies, etc.).
5. Bezoeken aan het buitenland (buiten Europa).

LEEFTIJD ZIEKTE / KLACHT / ZWANGERSCHAP / ONTWIKKELING.


Bent u, afgezien van bovenstaande gegevens, ooit onder behandeling geweest van een fysiotherapeut, manueel therapeut, specialist of een alternatief genezer (bijvoorbeeld homeopaat, iriscopist, acupuncturist, magnetiseur).

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Welke ziekte was de zwaarste in uw leven? \_\_\_\_\_

Welke ziekte, ongeval, operatie, was de laatste voor uw huidige klachten begonnen? \_\_\_\_\_

Treedt er bij sterke fysieke of psychische belasting, klimaatverandering, koorts, menstruatie, etc. verergering van de klachten op? Wanneer: \_\_\_\_\_

Verergering van: \_\_\_\_\_