**Mesologie Praktijk Uden**

**Vragenformulier volwassenen**

Persoonlijke gegevens

Naam :       Voornaam:

Geb. Datum :       [ ]  Man [ ]  Vrouw

Adres :

 Postcode :       Woonplaats:

Telefoon :       Bij geen gehoor:

Emailadres :

Geboorteplaats :

Beroep :       Vorige beroepen:

Sport, Hobby, Vrije tijd:

Medische gegevens

Huisarts:       Vestigingsplaats:

Naam behandelend specialist / therapeut:

Specialisme:       Ziekenhuis of plaats:

Medicijngebruik:

(voedings)supplementen, paracetamol, slaaptabletten, etc..:

### Hoofdklacht

Wat is uw voornaamste klacht?

Welke zijn de bijkomende klachten momenteel?

1.

2.

3.

Als u pijn heeft, kunt u de aard van de pijn omschrijven?

(stekend, brandend, zeurend, schietend, kloppend, beklemmend)

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

Familiaire ziekten

Erfelijke aandoeningen zoals; hart- en vaatziekten, reuma, kanker, suikerziekte, huidaandoeningen, etc. en niet-erfelijke aandoeningen

Moeder:

Vader:

Overige familieleden:

Persoonlijke kenmerken

Heeft u een voorkeur voor? [ ]  zuur [ ]  zoet [ ]  pikant [ ]  bitter [ ]  zout

Heeft u een afkeur voor?  [ ]  zuur [ ]  zoet [ ]  pikant [ ]  bitter [ ]  zout

Bent u [ ]  vegetarisch [ ]  veganistisch volgt u een dieet:

Welke spijzen en / of dranken liggen u niet goed?

Heeft u grote behoefte aan zoetigheid? [ ]  Ja [ ]  Nee

Transpireert u: [ ]  veel [ ]  weinig [ ]  niet [ ]  sterk ruikend

Hoe vaak is uw stoelgang?       x [ ]  dagelijks [ ]  per week.

[ ]  regelmatig [ ]  onregelmatig.

Consistentie: [ ]  harde [ ]  vaste [ ]  brijige [ ]  waterige

Kleur: [ ]  wit [ ]  lichtbruin [ ]  geelbruin [ ]  donkerbruin [ ]  zwart

Rookt u? Hoeveel?

Gebruikt u alcohol? Hoeveel?

Gebruikt u drugs? Welke en hoe vaak?

Drinkt u koffie? Hoeveel?

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.

|  |  |
| --- | --- |
| **ALGEMEEN**[ ] [ ]  hoofdpijn:[ ] dagelijks[ ] wekelijks[ ] maandelijks waar in het hoofd?      [ ] [ ]  slapeloosheid[ ] [ ]  slecht inslapen[ ] [ ]  gewichtsverandering: [ ] toename[ ] afname[ ] [ ]  duizeligheid[ ] [ ]  vermoeidheid:[ ] continu[ ] ochtend[ ] middag[ ] avond[ ] [ ]  dubbel of 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 [ ] koude voeten[ ] [ ]  spataders[ ] [ ]  vocht vasthouden**URINEWEGEN**[ ] [ ]  [ ] nierinfectie [ ] nierstenen[ ] [ ]  pijn bij het plassen[ ] [ ]  prostaatklachten[ ] [ ]  blaasontsteking[ ] [ ]  geslachtsziekte[ ] [ ]  verandering urine[ ] [ ]  verandering libido **VROUW** Zwanger [ ] JA [ ] NEELeeftijd 1ste 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[ ] [ ]  overige:     **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[ ] [ ]  depressie[ ] [ ]  overbezorgd[ ] [ ]  concentratiezwakte[ ] [ ]  geheugenvermindering[ ] [ ]  angst[ ] [ ]  veel piekeren[ ] [ ]  lusteloosheid[ ] [ ]  opkroppen[ ] [ ]  weinig zelfvertrouwen[ ] [ ]  verdriet, droefheid[ ] [ ]  besluiteloosheid[ ] [ ]  geïrriteerdheid[ ] [ ]  opvliegers[ ] [ ]  overig:      |

Ziektegeschiedenis

Kunt u zo chronologisch mogelijk omschrijven:

- Welke ziekten, operaties, ongevallen en behandelingen u in uw leven hebt doorgemaakt.

- Welke belangrijke ontwikkelingen hebben uw leven beïnvloed, zoals; echtscheiding, zwangerschap, overspannen, depressies, etc.

|  |  |
| --- | --- |
| LEEFTIJD | ZIEKTE / KLACHT / ZWANGERSCHAP / ONTWIKKELINGEN |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |
|       |       |

Bent u in het verleden onder behandeling geweest van een andere therapeut of specialist?

Welke ziekte was de zwaarste in uw leven?

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