**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:dagelijkswekelijksmaandelijks  waar in het hoofd?  slapeloosheid  slecht inslapen  gewichtsverandering: toenameafname  duizeligheid  vermoeidheid:continuochtendmiddagavond  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 NEE  Leeftijd 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?