



Mesologie Praktijk Uden

Vragenformulier volwassenen

Persoonlijke gegevens

Naam: _____ Voornaam: _____
Geb. datum: _____ Man / Vrouw
Adres: _____
Postcode: _____ Woonplaats: _____
Geboorteplaats: _____
Telefoon overdag: _____ Bij geen gehoor: _____
Emailadres: _____
Beroep: _____ Vorige beroepen: _____
Sport, Hobby, Vrije tijd: _____

Medische gegevens

Huisarts: _____ Telefoon: _____
Naam behandelend specialist / therapeut: _____
Specialisme: _____ Telefoon: _____
Medicijngebruik: _____

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

Hoofdklacht

Wat is uw voornaamste klacht? _____

Welke zijn de bijkomende klachten? _____

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

Welke ziektes en/of aandoeningen komen in uw familie voor?

Moeder: _____

Vader: _____

Overige familieleden: _____

De linker kolom is voor oude klachten, de rechter kolom voor recente klachten.
Als u de huidige klachten ook vroeger al had, kruis dan beide kolommen aan.

Algemeen	vroeger	nu
hoofdpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
waar in het hoofd? _____		
slapeloosheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
slecht inslapen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gewichtsverandering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> toename <input type="checkbox"/> afname		
concentratiezwakte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
duizeligheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vermoeidheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dubbel of vaag zien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
allergie: _____		

Luchtwegen / KNO	vroeger	nu
ademnood	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> benauwd <input type="checkbox"/> kortademig <input type="checkbox"/> hyperventilatie		
chronisch hoesten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
chronisch verkouden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ontstoken holtes (sinusitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
keelpijn/ ontstekingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oorpijn / ontsteking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oorsuizen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Circulatie	vroeger	nu
hoge bloeddruk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lage bloeddruk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aderverkalking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
onregelmatige hartslag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pijn/ beklemming borst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hartkloppingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
koude handen of voeten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
spataders	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vocht vasthouden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
opgezette klieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Urinewegen	vroeger	nu
Nierinfectie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nierstenen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
incontinentie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pijn bij het plassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
prostaatklachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
blaasontsteking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
verandering urine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
verandering libido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vrouw	vroeger	nu
pijnlijke menstruatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
onregelmatige menstruatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
langdurige menstruatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pijnlijke borsten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
premenstrueel syndroom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
witte vloed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
leeftijd 1 ^{ste} menstruatie: _____		
bent u momenteel zwanger ja / nee		

Spijvertering	vroeger	nu
darmontsteking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
verstopping	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
diarree	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
droge mond	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
slechte adem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
opgezette buik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
buikkrimp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
misselijkheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
winderigheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
buikpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
borrelende buik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
maagzuur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bloedingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
overige: _____		

Spijeren / gewrichten	vroeger	nu
spieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> slap <input type="checkbox"/> gespannen <input type="checkbox"/> pijnlijk <input type="checkbox"/> krampen		
rugpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> laag <input type="checkbox"/> midden <input type="checkbox"/> hoog		
nekpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tintelingen/ uitstraling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gewrichtspijnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
reumatische klachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bewegingsbeperking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
stijfheid bij het opstaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Huid /Haar/Nagels	vroeger	nu
huidklachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> vet <input type="checkbox"/> droog <input type="checkbox"/> uitslag <input type="checkbox"/> eczeem		
<input type="checkbox"/> jeuk <input type="checkbox"/> slechte wondgenezing <input type="checkbox"/> acné		
snel blauwe plekken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
littekens <input type="checkbox"/> ongeval <input type="checkbox"/> operatie		
haaruitval / snel brekend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
snel brekende nagels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gesteldheid	vroeger	nu
lusteloosheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zenuwachtigheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
geïrriteerdheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
depressie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
overbezorgdheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
geheugenverlies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
angst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
veel piekeren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
besluiteloosheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
verdriet, droefheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
opkroppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
opvliegers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
weinig zelfvertrouwen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
anders: _____		