



# Mesologie Praktijk Uden

## Vragenformulier volwassenen

### Persoonlijke gegevens

Naam: \_\_\_\_\_ Voornaam: \_\_\_\_\_  
Geb. datum: \_\_\_\_\_  Man  Vrouw  
Adres: \_\_\_\_\_  
Postcode: \_\_\_\_\_ Woonplaats: \_\_\_\_\_  
Telefoon overdag: \_\_\_\_\_ 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? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
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: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**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 zoetheid? Ja / nee \_\_\_\_\_

Transpireert u:            veel    weinig    niet        sterk ruikend

Frequentie van de stoelgang? \_\_\_ x dagelijks / \_\_\_ x per week.    Regelmatig    onregelmatig

Consistentie van de stoelgang:    harde    vaste    brijige          waterige

Kleur van de stoelgang:    wit        lichtbruin    geelbruin    donkerbruin    zwart

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

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

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

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

**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 / 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?

\_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

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

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

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