

## Intakeformulier mesologie<sup>®</sup> kind - 0 tot 4 jaar

Afspraak met: \_\_\_\_\_

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

### Algemeen persoonlijke gegevens

Naam: \_\_\_\_\_  M  V Geboortedatum: \_\_\_\_\_

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

Naam ouders: \_\_\_\_\_ E-mailadres: \_\_\_\_\_

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

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

Telefoon/mobiel: \_\_\_\_\_

### Medische gegevens

Huisarts: \_\_\_\_\_ Telefoon: \_\_\_\_\_

Is uw kind onder behandeling van een specialist/kinderarts, naam: \_\_\_\_\_ Telefoon: \_\_\_\_\_

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

Gebruikt uw kind op dit moment medicatie?

Naam medicatie	Merk	Gebruik	Hoeveelheid
_____	_____	_____ x daags	_____
_____	_____	_____ x daags	_____
_____	_____	_____ x daags	_____

Gebruikt uw kind op dit moment andere middelen die zijn voor geschreven door anderen of op uw eigen initiatief, bijvoorbeeld (voedings)supplementen, paracetamol, neusspray of slaaptabletten? Gelieve deze 24 uur voor het consult niet meer innemen

Middel	Merk	Gebruik	Hoeveelheid
_____	_____	_____ x daags	_____
_____	_____	_____ x daags	_____
_____	_____	_____ x daags	_____

Graag de medicatie en supplementen bij het consult meebrengen

### Leefsituatie

Gaat uw kind naar een kinderdagverblijf:  ja  nee

Gezinssamenstelling (broers, zussen, ouders, co-ouderschap): \_\_\_\_\_

Aanvulling: \_\_\_\_\_

## Klachten

Wat is de voornaamste klacht: \_\_\_\_\_

Welke bijkomende klachten heeft uw kind: \_\_\_\_\_

Wanneer is/zijn deze ontstaan: \_\_\_\_\_

Was er een aanleiding: \_\_\_\_\_

Hoe maakt uw kind de klacht(en) kenbaar: \_\_\_\_\_

Zijn er omstandigheden die verbetering geven: \_\_\_\_\_

Zijn er omstandigheden die verergering geven: \_\_\_\_\_

Is er een regelmaat of patroon te ontdekken: \_\_\_\_\_

Is/zijn de klacht(en) periode-afhankelijk, bijvoorbeeld tijd, dag, maand, seizoen:

\_\_\_\_\_

Is er sprake van pijn:  ja  nee

Aanvulling: \_\_\_\_\_

## Persoonlijke kenmerken

Hoe laat gaat uw kind naar bed: \_\_\_\_\_ uur Komt uw kind dan makkelijk in slaap:  ja  nee

Wordt uw kind 's nachts wakker:  ja  nee Hoe laat: \_\_\_\_\_ uur

Is uw kind zindelijk overdag:  ja  nee Zindelijk 's nachts:  ja  nee

Heeft uw kind het volledige melkgebit:  ja  nee Is uw kind al aan het tanden wisselen:  ja  nee

Hoe verloopt dit: \_\_\_\_\_

Is uw kind traag met:  staan  lopen  praten

Speelt uw kind graag:  alleen  samen  binnen  buiten

Is uw kind:  groot voor de leeftijd  klein voor de leeftijd

Frequentie van de stoelgang van uw kind: \_\_\_\_\_ x dagelijks/ \_\_\_\_\_ x per week →  regelmatig  onregelmatig

Consistentie van de stoelgang:  vast  brijig  zacht  waterig

Kleur van de stoelgang:  wit  lichtbruin  geelbruin  donkerbruin  zwart  groen

Transpireert uw kind:  veel  weinig Waar: \_\_\_\_\_

Huilt uw kind veel:  ja  nee Kunt u dit in uren benoemen: \_\_\_\_\_

Hoe voelt uw kind zich in het algemeen: \_\_\_\_\_

Geef een korte beschrijving van uw kind:

\_\_\_\_\_

Aanvulling: \_\_\_\_\_

Graag aankruisen waar u uw kind in herkent:

- |   |  |                                  |  |
|---|--|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Bang om alleen te zijn | <input type="checkbox"/> Boos                      | <input type="checkbox"/> Traag   | <input type="checkbox"/> Fijn om te knuffelen      |
| <input type="checkbox"/> Hyperactief            | <input type="checkbox"/> Jantje lacht jantje huult | <input type="checkbox"/> Driftig | <input type="checkbox"/> Vervelend om te knuffelen |
| <input type="checkbox"/> Jaloers                | <input type="checkbox"/> Schrikkerig               | <input type="checkbox"/> Vrolijk | <input type="checkbox"/> Moederskindje             |

Aanvulling: \_\_\_\_\_

## Historie en familie

- Is uw kind al eens geopereerd:  ja  nee Waarvoor: \_\_\_\_\_
- Heeft uw kind antibiotica gebruikt:  1 keer  regelmatig  heel vaak  langdurig
- Heeft uw kind borstvoeding gehad:  ja  nee Hoe lang: \_\_\_\_\_
- Heeft uw kind vaccinaties gehad i.v.m:  reizen  griep  rijksvaccinatieprogramma
- Welke kinderziektes heeft uw kind doorgemaakt: \_\_\_\_\_
- Is de zwangerschap van uw kind goed verlopen:  ja  nee Wanneer ging het niet goed: \_\_\_\_\_
- Wat ging er niet goed: \_\_\_\_\_
- Heeft u tijdens de zwangerschap medicijnen geslikt:  ja  nee Welke: \_\_\_\_\_
- Wanneer: \_\_\_\_\_ Waarvoor: \_\_\_\_\_ Hoe lang: \_\_\_\_\_
- Hoe verliep de bevalling: \_\_\_\_\_
- Waren er complicaties: \_\_\_\_\_
- Welke ziekten en of aandoeningen (wel/niet erfelijk) komen er in de familie voor?
- Moeder: \_\_\_\_\_ Vader: \_\_\_\_\_
- Anders: \_\_\_\_\_
- Aanvulling: \_\_\_\_\_

## Voedingsgewoonten

- Heeft/krijgt uw kind borstvoeding (gehad):  ja  nee Hoe lang: \_\_\_\_\_
- Heeft uw kind grote behoefte aan zoetheid:  ja  nee Wat krijgt hij/zij dan: \_\_\_\_\_
- Welke voedingsmiddelen of dranken liggen uw kind niet goed: \_\_\_\_\_
- Aanvulling: \_\_\_\_\_

## Allergie/Overgevoeligheden

- Allergie/overgevoeligheid voor:  gluten  koemelkeiwit  lactose  hooikoorts  huisstofmijt  
 vruchten  insecten  sieraden  paracetamol  antibiotica
- Aanvulling: \_\_\_\_\_

## Huid

- Huid:  vet  droog  jeuk  uitslag  eczeem (gehad)  slechte wondgenezing  wratten
- Littekens:  ongeval  operatie Waar heeft uw kind littekens: \_\_\_\_\_
- Aanvulling: \_\_\_\_\_

## Spijvertering

- |              | soms                     | vaak                     |
|--------------|--------------------------|--------------------------|
| Buikpijn     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Obstipatie   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Winderigheid | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Reflux       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- Aanvulling: \_\_\_\_\_

## Luchtwegen/KNO

- |  | soms   | vaak                     |
|--|--|--------------------------|
| Ontstoken holtes (sinusitis)                                   | <input type="checkbox"/>                                 | <input type="checkbox"/> |
| Oorpijn/ontsteking   | <input type="checkbox"/>                                 | <input type="checkbox"/> |
| Ademhaling:  | <input type="checkbox"/>                                 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> benauwd <input type="radio"/> kortademig |  |                          |
| Astma  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee |                          |
| Chronisch verkouden  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee |                          |
- Aanvulling: \_\_\_\_\_

## Overig