

Anamnesebogen – Traditionelle chinesische Medizin

Sehr geehrte/er Patient/in,
vor einer Akupunkturbehandlung oder Therapie mit chinesischen Arzneikräutern erstellen wir eine Diagnose nach den Kriterien der chinesischen Medizin. Um das ärztliche Gespräch und die Untersuchung vorzubereiten, beantworten Sie bitte in Ruhe folgende Fragen.
Herzlichen Dank!

Datum: _____

Name, Vorname _____ Tel./Handy: _____

Adresse: _____ Ort: _____

PLZ: _____ Email: _____

Alter: _____ Verheiratet/ Ledig: _____

Beruf: _____ Zahl der Kinder: _____

Größe: _____ Gewicht: _____

Wegen elcher Beschwerden wünschen Sie eine Behandlung?

Operationen/Unfälle:

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Welche Krankheiten kommen in Ihrer Familie häufig vor?

Sind Ihnen Allergien bekannt? Wenn ja, Welche?

Bei der Beantwortung der Fragen bedeuten:

1 = nein/nie

3 = stärker / häufig

2 = leicht/gelegentlich

4 = ausgeprägt, ständig, sehr oft

Lebensführung

Arbeiten Sie zuviel	1 2 3 4	Alkohol	1 2 3 4
Treiben Sie Sport	1 2 3 4	Kaffee	1 2 3 4
Leiden Sie unter Stress	1 2 3 4	Nikotin	1 2 3 4
Essen Sie unregelmäßig	1 2 3 4	Drogen	1 2 3 4
Vorlieben: (z.B. herzhaft, süß, scharf, salzig, sauer, bitter, Milchprodukte, Käse, Salate, Obst, kaltes/warmes Essen), Vegetarier.			

Allgemeine Zeichen

Blasses Gesicht	1 2 3 4	Durst vermindert/ mit will nicht trinken	1 2 3 4
Allgemeine Abgeschlagenheit	1 2 3 4	Durst vermehrt/ mit will trinken(warm trinken/ kalt trinken+rot Gesicht+puls Beschleunigt und exundanter數/ leichter Durst+Halsschmerzen +Fieber/ sofortiges Erbrechen beim Wassertrinken/ vermehrte Urinausscheidung+Heisshunger+Gewichtsverlust) mit will nicht trinken(trockener Mund ` Zungenbelag+rote Zunge/ Fiebergefühl aber Hauttemperatur nicht angestiegen+ Schweregefühl am Kopf +schmutziggelber Zungenbelag/ trockener Mund will mit Wasser spülen)	1 2 3 4
Antriebsarm, „Startprobleme “	1 2 3 4	Hitzewallungen leichter Temperaturanstieg nachmittags (15~17Uhr) gefühltes Fieber aber Hauttemperatur nicht angestiegen in den Handtellern /an den Fußsohlen/Herzgefühl unwohl	1 2 3 4
Niedriger Blutdruck	1 2 3 4	Nachtschweiß/	1 2 3 4
Hoher Blutdruck/	1 2 3 4	Schwitzen an Händen/ Füßen	1 2 3 4
Zugluft /Windempfindlichkeit	1 2 3 4	Temperaturempfinden normal/	1 2 3 4
Geschwollene Hände	1 2 3 4	Temperaturempfinden zu kalt/	1 2 3 4
Geschwollene Füße	1 2 3 4	Temperaturempfinden zu warm	1 2 3 4
Schweregefühl (Kopf / Beine)	1 2 3 4	Temperaturempfinden zu kalt und warm	1 2 3 4
Taubheitsgefühl/Kribbeln	1 2 3 4	zu bestimmter /unbestimmter Zeit	
Händen oder Füßen		Kalte Hände	1 2 3 4
		Kalte Füße	1 2 3 4
Herz			
Herzklopfen in Ruhe	1 2 3 4	Herzstolpern	1 2 3 4
Herzklopfen bei Belastung	1 2 3 4	Enge oder Druck in der Brust	1 2 3 4

Brust

Brustschmerzen oder Seitenschmerzen in Brusthöhe 1 2 3 4
Spannung an einer bestimmten Stelle/oder mit leichter Reizbarkeit oder gelben Augen oder
stechenden Schmerzen/
keine bestimmte stelle/brennen Schmerzen+rotes Gesicht und rote Augen/mit Hustenschmerzen

Bauch

Wie oft haben Sie Stuhlgang am Tag _____

Oberbauchschmerzen 1 2 3 4

mit Nahrungsaufnahmesschmerzen/mit hungerartigen Schmerzen/Verbesserung bei Wärme/
mit brennenden Schmerzen+Heißhunger+starker Geruch des Stuhls und Mundgeruch/
mit brennenden Schmerzen+Hunger aber Appetitmangel+roter Zunge mit weniger Zungenbelag/
mit Spannungsschmerzen+Aufstossen+stärkere Schmerzen bei Ärger/
mit stechenden Schmerzen an einer bestimmten Stelle und Schmerzen bei Druck auf best. Stelle
mit unangenehmen Schmerzen und Verbesserung bei Wärme+wässriges Erbrechen
unter Bauchschmerzen 1 2 3 4
mit unangenehmen Schmerzen+Verbesserung bei Wärme+Appetitmangel und Stuhl – ungeformt/
mit Spannungsschmerzen+schwierigem Wasserlassen/
mit

Verstopfung	1 2 3 4	Darmgeräusche	1 2 3 4
-------------	---------	---------------	---------

Stuhl - Konsistenz normal	1 2 3 4	Völlegefühl/	1 2 3 4
---------------------------	---------	--------------	---------

mit schwerem Ausscheiden/		Blähungen	1 2 3 4
---------------------------	--	-----------	---------

Stuhl - Konsistenz zu hart	1 2 3 4	Druckgefühl im Oberbauch	1 2 3 4
----------------------------	---------	--------------------------	---------

Stuhl - Konsistenz zu trocken	1 2 3 4	Übelkeit/	1 2 3 4
-------------------------------	---------	-----------	---------

mit verlängerter Ausscheideszeit/mit wenigen Malen ausscheiden/

Stuhl - Konsist.weich / ungeformt	1 2 3 4	Erbrechen/	1 2 3 4
-----------------------------------	---------	------------	---------

mit ungeformt wie wässrig		Aufstoßen/	1 2 3 4
---------------------------	--	------------	---------

Durchfall	1 2 3 4	Sodbrennen	1 2 3 4
-----------	---------	------------	---------

mit plötzlich Bauchschmerzen+Afterbrennen o. Schleim im Stuhl+schmutziggelbem Zungenbelag/
mit Durchfall nach Schmerzen+Bauchblähungen/
mit chronische+unverdaute Nahrungsreste im Stuhl/
mit chronische+trocken und ungeformt Stuhl wechseln/oder erst trocken dann ungeformt/
mit chronische morgendl. Durchfall+Körpertemperaturempfinden zu kalt+LDW Schmerzen/
mit Schleim und Blut im Stuhl/

Starker Geruch des Stuhls	1 2 3 4	Appetitmangel/	1 2 3 4
---------------------------	---------	----------------	---------

unverdaute Nahrungsreste imStuhl/1	2 3 4	Heißhunger	1 2 3 4
------------------------------------	-------	------------	---------

mit starkem Geruch + weniger Bauchschmerzen nach der Stuhlausscheidung

Afterbrennen/ Hämorrhoiden	1 2 3 4	Organsenkungen (z.B. Blase)/	1 2 3 4
----------------------------	---------	------------------------------	---------

Blutiger Stuhl/	1 2 3 4		
-----------------	---------	--	--

mit hellroter Farbe / dunkelroter Farbe / zuerst blutig, dann Stuhl

Mund

Mundgeruch	1 2 3 4	Zungengeschwüre (Aphthen)	1 2 3 4
Trockenheit im Mund/	1 2 3 4	bitterer Mundgeschmack	1 2 3 4
Zahnfleischbluten/	1 2 3 4	pappiger Mundgeschmack/	1 2 3 4
Herpes der Lippen/	1 2 3 4	Geschmacksverlust	1 2 3 4

Lunge und Atmung

Infektanfälligkeit	1 2 3 4	Allergie/	1 2 3 4
Luftnot in Ruhe/	1 2 3 4	Heiserkeit/	1 2 3 4
Luftnot bei leichter Belastung/	1 2 3 4	verstopfte Nase/	1 2 3 4
Schwitzen in Ruhe/	1 2 3 4	Schleim in Nasennebenhöhlen/	1 2 3 4
Schwitzen bei Belastung/	1 2 3 4	Schwäche des Geruchssinnes/	1 2 3 4
Husten	1 2 3 4	trocken bellend schwach	
Auswurf	1 2 3 4	klar weiß gelb locker zäh	

Haut

fettige unreine Haut	1 2 3 4	Hautausschlag	1 2 3 4
trockene Haut	1 2 3 4	Juckreiz	1 2 3 4
brüchige Nägel	1 2 3 4	Haarausfall	1 2 3 4

Ohr

Schwerhörigkeit	1 2 3 4	Drehschwindel	1 2 3 4
Ohrgeräusche/	1 2 3 4	Benommenheitsschwindel	1 2 3 4

Augen

Trockenheitsgefühl der Augen/	1 2 3 4	verschwommenes Sehen/	1 2 3 4
Brennen	1 2 3 4	Kontaktlinsen,(Lese)-Brille/	1 2 3 4
Nacht- oder Farbblindheit	1 2 3 4		

Gynäkologie, Zyklus und Blutung

Unregelmäßiger Zyklus	1 2 3 4	<u>Ausfluss</u>	
verführt Blutung/verspätete Blutung		genereller Ausfluss	1 2 3 4
Länge des Zyklus in Tagen: _____		Konsistenz des Ausflusses:	zäh flüssig
Tag des Eisprungs : _____		Farbe des Ausflusses : _____	
Ausfluss um den Eisprung/	1 2 3 4	wiederholte Scheideninfektion	1 2 3 4
Schmerz um den Eisprung	1 2 3 4		
Blutung:		Gynäkologische Krankheiten:	
Länge der Blutung in Tagen: _____		Neigung zur Zystenbildung/	1 2 3 4
Blutung normal	1 2 3 4	Myome/	1 2 3 4
Blutung zu schwach/	1 2 3 4	Endometriose	1 2 3 4
Blutung zu stark	1 2 3 4	Endometriose Grad	1 2 3 4

Farbe des Blutes: hellrot kirschrot dunkelrot		Operation wann?	
Konsistenz des Blutes: zäh normal dünnflüssig		<u>PCO Syndrom:</u>	
kleine Klumpen im Blut (1Cent)	1 2 3 4	PCO Syndrom/	1 2 3 4
große Klumpen im Blut	1 2 3 4	Amenorrhoe/	1 2 3 4
<u>Schmerzen bei der Blutung :</u>		Zysten an den Eierstöcken	1 2 3 4
im Unterbauch	1 2 3 4	männliche Hormone zu hoch/	1 2 3 4
im Rücken/	1 2 3 4	Insulinresistenz/	1 2 3 4
Besserung durch Wärme	1 2 3 4	Einnahme von Kortison	ja nein
Besserung durch Kälte	1 2 3 4	Einnahme von Metformin	ja nein
<u>PMS:</u>			
Brustspannung vor der Blutung	1 2 3 4 Tage:	Einnahme von Hormonen	ja nein
Gereiztheit vor der Blutung	1 2 3 4 Tage :	Menopause	ja nein

Wasserlassen

Gesamtmenge des Urins: viel normal wenig häufiger			
Farbe des Urins: _____		Harnträufeln	1 2 3 4
Wie oft müssen Sie nachts Wasserlassen_____		Harninkontinenz/	1 2 3 4
wiederholte Blasenentzündung/	1 2 3 4	Harndrang/	1 2 3 4

Sexualität

Impotenz	1 2 3 4	Sexuelle Unlust	1 2 3 4
Unfruchtbarkeit	1 2 3 4		

Gefühlsleben

aufbrausend, leicht reizbar	1 2 3 4	grüblerisch	1 2 3 4
allgemeine innere Unruhe	1 2 3 4	traurig	1 2 3 4
Nervosität	1 2 3 4	Vergesslichkeit	1 2 3 4
Angstgefühle	1 2 3 4	Konzentrationschwäche	1 2 3 4
niedergedrückte Stimmung	1 2 3 4	Schreckhaftigkeit/	1 2 3 4

Schlaf

Einschlafstörung	1 2 3 4	viele Träume oder Alpträume	1 2 3 4
Durchschlafstörung/	1 2 3 4	Morgens frühes Erwachen	1 2 3 4
Wie oft wachen Sie auf? _____/ <input type="checkbox"/> um 01:00-03:00 <input type="checkbox"/> um 03:00-05:00 <input type="checkbox"/> die ganze Nacht			
mit leichter Reizbarkeit und bitterem Geschmack im Mund/			
mit Oberbauchvöllgefühl+Körperschweregefühl+bitterem Geschmack im Mund/			
mit Herzklopfen+blassem Gesicht+Oberbauchvöllgefühl+ungeformtem Stuhl/			
mit Herzklopfen+schwacher LDW+Nachtschweiss oder Hitzewallungen+Ohrgeräusche/			
mit Angstgefühlen+Herzklopfen+Schwitzen in Ruhe/			
ist die Nacht erholsam?	ja nein	Trinken Sie Nachts?	ja nein
Schläfrigkeit/	1 2 3 4	Essen Sie Nachts?	ja nein
mit Körperschweregefühl+Oberbauchvöllegefühl/		Nachts unruhige Beine	1 2 3 4
mit oft starker Müdigkeit+Durchschlafstörung/		Nachts trockener Mund/	1 2 3 4
mit verstärkter Schläfrigkeit nach dem Essen+allgemeiner Abgeschlagenheit+Appetitmangel/			
Nachts heiße Füße/ Füße ausser der Bettdecke			1 2 3 4

Rücken und Gelenkprobleme

Kälte der Lendenwirbelsäule	1 2 3 4	Nackenschmerzen	1 2 3 4
schwache Lendenwirbelsäule	1 2 3 4	Schulter Schmerzen/	1 2 3 4
Tief sitzender Kreuzschmerz	1 2 3 4	mit Ausstrahlung nach Arm/Kopf/	
mit Schweregefühl an LDW		mit Taubheitsgefühlen/Kribbeln am Arm	
mit unangenehmen Schmerzen/		mit bekanntem Bandscheibenvorfall	
mit Ausstrahlung nach den Seiten oder hinten am Bein/bis zu hinter dem Kniegelenk			
mit plötzlichen Schmerzen und Ausstrahlen nach dem Bauch+Urin mit Blut			
Verletzung?OP?			
Knieprobleme	1 2 3 4	Kopfschmerzen ganzer Kopf	1 2 3 4
Fersenbeinschmerzen	1 2 3 4	Stirnkopfschmerzen/	1 2 3 4
mit Schienbein-/ Kniegelenkproblemen		Hinterkopfschmerzen	1 2 3 4
Sehnenentzündungen	1 2 3 4	Schläfenkopfschmerz/	1 2 3 4
Muskelkrämpfe	1 2 3 4	Schmerz diffus punktuell tief oberflächlich	
generelle Muskelverspannung	1 2 3 4	Schmerzcharakter dumpf ziehend bohrend	
Kieferverspannung	1 2 3 4	stechend pochend	
Zähneknirschen/Beißschiene	1 2 3 4	mit Gehirntumor/traumatischer Verletzung/	
Migräne:		mit Ohr-Augen-Nase-Erkrankung/	
Anzahl pro Woche/Monat: _____		mit Nackenschmerzen+vermehrt bei Wind+nicht Durst/	
Lokalisation: _____		Durst+rotes Gesicht · Zungenspitze · gelber Zungenbelag./	
Begleiterscheinungen: _____		mit Schweregefühl+Appetitmangel+ungeformtem Stuhl/	
Auslöser: _____		leicht reizbar+Schlafstörung+ bitterer Mundgeschmack	
Besserung durch: _____		+rotes Gesicht · Zungenspitze · gelber Zungenbelag/	
Medikamente: _____		mit Schwindel+basses Gesicht+Müdigkeit+Herzklopfen/	
Bei Rücken oder Gelenkschmerzen :		mit Brustdruck-Oberbauchvöllegefühl+ schmutzigem	
Welche Gelenke sind betroffen? _____		Zungenbelag/	
Anlaufschmerz/	1 2 3 4	Schwindel+Ohrgeräusche+schwache LDW+Müdigkeit/	
Steifigkeit	1 2 3 4	Besserung durch Bewegung	1 2 3 4
Schweregefühl/	1 2 3 4	Besserung durch Ruhe	1 2 3 4
Schwellungsgefühl	1 2 3 4	Besserung durch Wärme/	1 2 3 4
Wärmegefühl	1 2 3 4	Besserung durch Kälte/	1 2 3 4
Schmerz mehr Nachts	1 2 3 4	vermehrt bei kaltem Wetter	1 2 3 4
Schmerz mehr Tags	1 2 3 4	vermehrt bei nassem Wetter/	1 2 3 4
springt von Gelenk zu Gelenk	1 2 3 4	Schmerzen fixiert an einem Ort	1 2 3 4

Einverständniserklärung

Datenschutz Grundverordnung

Ich erlaube der TCM & Akupunkturpraxis Liang, meine Daten (Adresse, Telefonnummer, Email, etc.) zu nutzen, um mich bezüglich neuer Angebote und Veranstaltungen sowie meines eigenen Behandlungsverlaufs zu kontaktieren. Diese Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.

Ja_____ Nein_____

Behandlungen

In dieser Praxis behandeln wir mit Verfahren der traditionellen chinesischen Medizin (TCM) u.a. Akupunktur und Moxibustion. Wir führen die Behandlung extreme vorsichtig und sicher durch.

Ich weiß, dass Akupunktur die Einführung von kleinen Nadeln in bestimmte Punkte des Körpers involviert. Es gibt einige Risiken der Behandlung und zwar Prellungen (blaue Flecken), leichte Blutungen, Schwachheit und/oder Ohnmacht. Es gibt fast keine Risiken von Infektion, da alle Nadeln steril sind. Diese Praxis verwendet ausschließlich sterilisierte Nadeln.

Ich weiß, dass Moxibustion das Halten von angezündeten Rauchkerzen sehr nahe an bestimmten Punkten des Körpers involviert. Es gibt einige und seltene Risiken der Behandlung, und zwar rötliche Haut und Blasen.

Hiermit erkläre ich, dass ich über die Behandlung aufgeklärt wurde, dass ich über die Möglichkeit von Komplikationen informiert bin und dass mir die Gelegenheit zu weiteren Fragen gegeben wurde.

Ort/Datum

Name

Unterschrift