
Selbstauskunft des Patienten – Traditionelle Chinesische Medizin

Sehr geehrte/er Patient/in,

vor einer Behandlung mit Akupunktur/Traditioneller Chinesischer Medizin (TCM) erstellen wir eine Diagnose nach TCM-Kriterien. Zur Vorbereitung des dazu benötigten Gespräches möchten wir Sie bitten, diesen Fragebogen gewissenhaft auszufüllen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.
Ihr Praxisteam Dr. Wirth

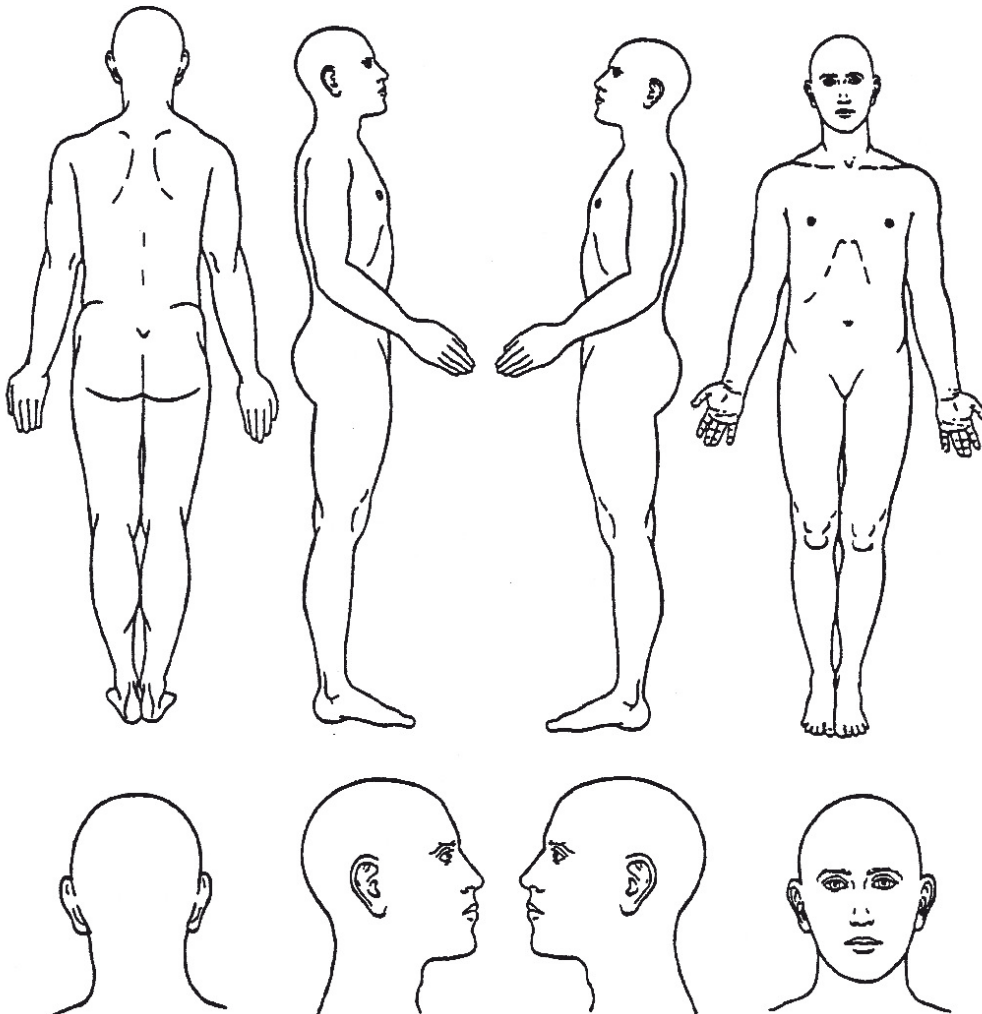
Persönliche Daten der Patientin/des Patienten

Name	_____	Vorname	_____
Geburtsdatum	_____		
Familienstand	_____	Kinder	_____
Beruf	_____	Arbeitgeber	_____

**Wegen welcher Beschwerden wünschen Sie eine Behandlung? Bitte beschreiben Sie in Stichpunkten, wann und wie die Beschwerden entstanden sind und sich entwickelt haben.
Gab es einen Unfall oder eine Operation?**

Schmerzlokalisierung

Wenn Sie Schmerzen haben, zeichnen Sie diese bitte in das Schema ein. Den Ort des Hautschmerz bitte mit „xxx“ einzeichnen, alle weiteren Schmerzorte bitte schraffieren.



Wie ist der Schmerz?

(Bitte die zutreffende Angabe unterstreichen, gerne auch Mehrfachnennung)

Dumpf - stechend - pochend - bohrend - brennend - krampfartig - ziehend - drückend - wie eine Klammer - Steifigkeit

Mit lokalem Schweregefühl (Wie eine Bleiweste) - mit lokalem Schwächegefühl

Immer an einer Stelle - wechselnde Stellen/wandernd - kleine Stelle/punktuell - große Fläche

Sehr stark - stark - auszuhalten

Mit lokaler Schwellung - Rötung - Überwärmung - Kältegefühl

Der Schmerz ist... immer da - anfallsweise da - dauernd vorhanden mit Anfällen.
Nachts - Tagsüber

Anlaufschmerz morgens oder nach Ruhe - Wenn ja, eher für Minuten oder Stunden

Was beeinflusst den Schmerz?

	Linderung	Verschlechterung	Kein Einfluss
Kälte, kaltes Wetter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wärme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Feuchtes Wetter/Regen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wind/Zugluft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewegung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Druck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stress, Ärger, Wut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kälte-/Wärmegefühl

		Ja	Nein
Kältegefühl	Lendenwirbelsäule/Po	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hände/Füße	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oberschenkel/Knie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Unterschenkel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Allgemeines Frieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wärmegefühl	Handteller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fußsohlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dekollete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kopf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, wo:		
	Aufsteigende Hitze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ergänzend...	Antriebsschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hörstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Chron. Knie-/Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Frühes Ergrauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Schlaf/Emotionen

		Ja	Nein
Fressen Sie Ärger in sich hinein		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reizbarkeit bei geringen Anlässen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kloßgefühl im Hals vor Ärger		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wutausbrüche		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gefühl, alles nicht zu schaffen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überarbeitet sein		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann mich nicht entspannen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ergänzend...	Nachtblindheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Trockene Augen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Brennende Augen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Brüchige Nägel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Haarausfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Verspannte Muskeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kopfschmerz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tinnitus, Ohrgeräusche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Ja	Nein
Neigung zum Weinen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Innere Unruhe		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ergänzend...	Herzrasen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Angst und Panik tagsüber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaf	Einschlafen gestört	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...durch Grübeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...einfach wach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Durchschlafen gestört	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...durch Grübeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...einfach wach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...Herzrasen nachts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...Angstgefühle nachts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...Nachtschweiß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Morgens müde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Morgenmuffel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ich bin generell müde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Uhrzeit:

Verdauungssystem

		Ja	Nein
Appetit gut?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nach dem Essen	Völlegefühle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Blähungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sodbrennen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Aufstoßend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Müdigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Allg. Schweregefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heißhungerattacken		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Auf was?
Stuhlgang	Veränderungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Häufigkeit pro Tag	1-2x	3-5x
	Konsistenz	fest	weich
		häufiger wässrig	alle 2-3 Tage zäh
			seltener hart
Ergänzend...	Organvorfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gefühl des Absinkens?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hämorrhoiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Schnell blaue Flecke?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bindegewebsschwäche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Harnträufeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Durst vorhanden?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nach Durstgefühl trinke ich pro Tag...			
	...weniger als 1l	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...1-2l	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...mehr als 2l	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Ja	Nein
Ich bevorzuge an Temperatur	Kalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zimmertemperatur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Warm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich trinke in	großen Schlucken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	kleinen Schlucken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der erste Urin am Morgen ist	hell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	dunkel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	abh. von Trinkmenge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häufigkeit	oft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	selten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	abh. von Trinkmenge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menge	viel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	wenig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	abh. von Trinkmenge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Atemwege

	Ja	Nein
Infektneigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Viele Antibiotika in der Vergangenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luftnot in Ruhe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luftnot bei Belastung? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Husten Sie viel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Schwitzen

	Ja	Nein
Ich schwitze		
...bei leichter Belastung/in Ruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...gar nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...am ganzen Körper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...unter den Armen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...nachts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Menstruation

	Ja	Nein	Dauer:
Regelmäßig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alle wieviel Tage:
Menstruationsblut	viel	<input type="checkbox"/>	
	hell	<input type="checkbox"/>	
	dunkel	<input type="checkbox"/>	
	Klumpen	<input type="checkbox"/>	Über 1cm Durchmesser?
	Schmierblutungen	<input type="checkbox"/>	
Ausfluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

		Ja	Nein
PMS	Brustspannung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Reizbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bauchschmerzen während der Mens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ergänzend...	Myome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Endometriose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fehlgeburten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Abtreibungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Frühgeburten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Klimakterium

	Ja	Nein
Trockene Schleimhäute <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hitzegefühle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufsteigende Hitze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heiße Handteller, Fußsohlen oder Dekollete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reizbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachtschweiß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nächtliche Hitzegefühle <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Lifestyle

	Ja	Nein
Treiben Sie Sport?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie gestresst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen Sie unregelmäßig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken Sie Alkohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ist Ihnen eine Frage unverständlich? Sind Sie bei der Beantwortung einer Frage unsicher? Bitte sprechen Sie uns an. Wir helfen Ihnen gerne.

Bitte bringen Sie den ausgefüllten Fragebogen zu Ihrem Termin zum TCM/Akupunktur-Vorgespräch mit und geben Sie ihn bitte an der Anmeldung ab.

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben.

Ihr Praxisteam Dr. Wirth