
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

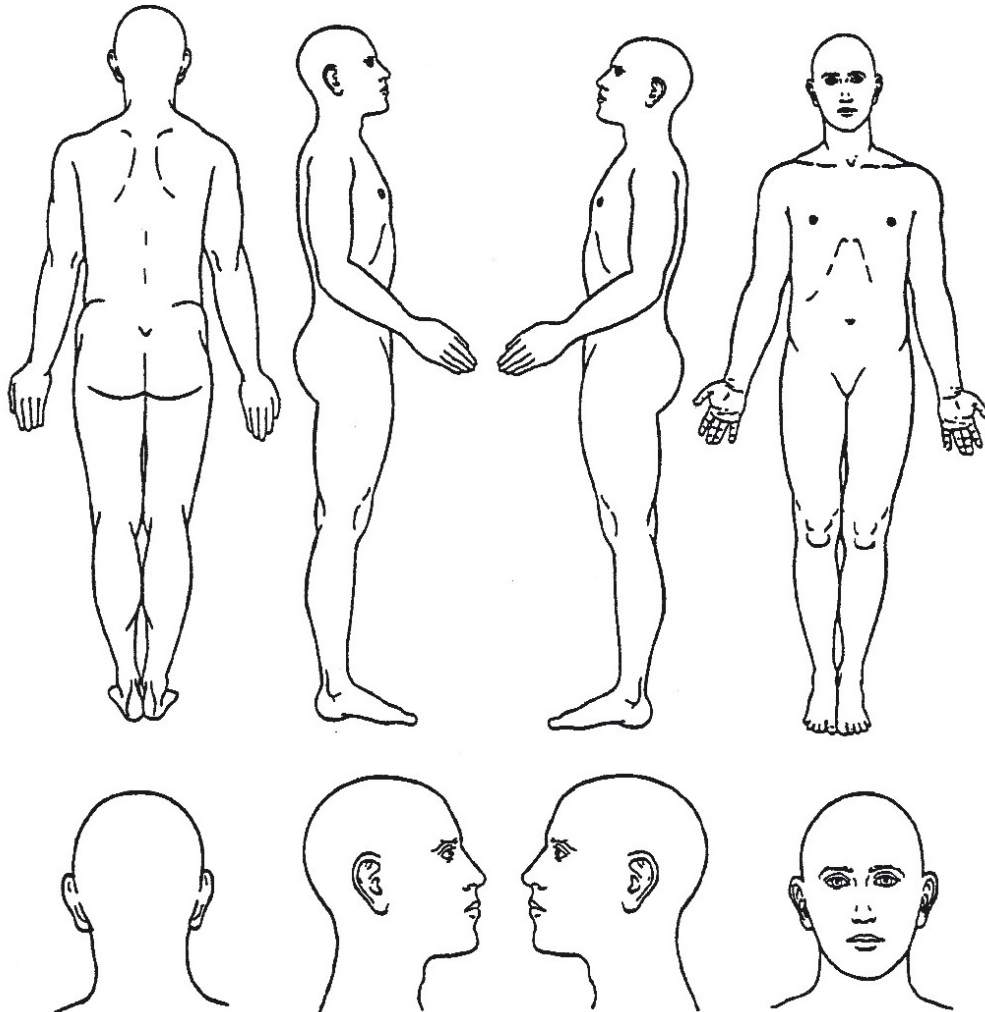
| | | | |
|---------------|-------|-------------|-------|
| Name | _____ | Vorname | _____ |
| Geburtsdatum | _____ | | |
| Familienstand | _____ | Kinder | _____ |
| Beruf | _____ | Arbeitgeber | _____ |

**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?**

Aktuelle Medikation (Blutverdünner?)

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"/> |
| | 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