



Anamnesebogen – Traditionelle Chinesische Medizin

Sehr geehrte/r Patient/in,

vor einer Akupunkturbehandlung erstellen wir eine Diagnose nach den Kriterien der chinesischen Medizin. Um das ärztliche Gespräch und die Untersuchung vorzubereiten, beantworten Sie bitte in Ruhe die folgenden Fragen.

Herzlichen Dank!

Datum:

Name, Vorname

Alter	Größe	Gewicht	Blutdruck	Puls

Wegen welcher Beschwerden wünschen Sie eine Behandlung?

Vor-/Operationen

Regelmäßig Medikamenteneinnahme

Bei der Beantwortung der Fragen bedeuten:

1 = nein, nie

2 = mäßig, selten

3 = stark, viel

Lebensführung

Arbeiten Sie zuviel

1

2

3

Alkohol

1

2

3

Treiben Sie Sport

1

2

3

Kaffee

1

2

3

Leiden Sie unter Streß

1

2

3

Nikotin

1

2

3

Nahrungsvorlieben: (z.B. herzhaft, süß, scharf, salzig, sauer, bitter, Milchprodukte, Käse, Salate, kaltes/warmes Essen); Vegetarier

Allgemeine Zeichen

Blasses Gesicht

1

2

3

Nervosität

1

2

3

Allgemeine Abgeschlagenheit

1

2

3

Schlafstörungen

1

2

3

Antriebsarm, „Startprobleme“

1

2

3

Neigung zu Schwindel

1

2

3

Appetit vermindert

1

2

3

Taubheitsgefühle

1

2

3

Durst vermindert

1

2

3

Brüchige Nägel

1

2

3

Durst vermehrt

1

2

3

Schnell Erschöpft

1

2

3

Tagesmüdigkeit

1

2

3

Zugluft- Windempfindlichkeit

1

2

3

Luftnot

1

2

3

Hitzeempfindlichkeit

1

2

3

Schweißausbrüche

1

2

3

Kälteempfindlichkeit

1

2

3

Herzklopfen, Herzstolpern

1

2

3

Trockener Stuhl/Verstopfung

1

2

3

Kalte Hände

1

2

3

Dunkler, konzentrierter Urin

1

2

3

Kalte Füße

1

2

3

Geschwollene Hände

1

2

3

Geschwollene Füße

1

2

3

Bauch

Stuhl weich, ungeformt

1

2

3

Druckgefühl im Oberbauch

1

2

3

Stuhl hart

1

2

3

Völlegefühl – Übelkeit

1

2

3

Durchfall

1

2

3

Aufstoßen, Sodbrennen

1

2

3

Verstopfung

1

2

3

Erbrechen

1

2

3

Vermehrte Darmgeräusche

1

2

3

Organsenkungen (z.B. Blase)

1

2

3

Bauchkrämpfe

1

2

3

Hämorrhoiden

1

2

3

Blähneigung

1

2

3

Krampfadern

1

2

3

Mund

Mundgeruch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zungengeschwüre (Aphten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trockenheit im Mund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bitterer Mundgeschmack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnfleischbluten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Geschmacksverlust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herpes der Lippen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Haut

Fettige, unreine Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ekzeme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trockene Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Juckreiz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautausschlag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Atmung und Infekte

Infektanfälligkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Druck auf der Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heiserkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luftnot in Ruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schwäche des Geruchssinnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luftnot bei Anstrengungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kloßgefühl im Hals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwitzen bei Anstrengung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auswurf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Wasserlassen

Wasserlassen nachts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Harnträufeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häufiger Harndrang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenig dunkler Urin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Rücken- / Gelenkprobleme / Kopfschmerzen

Tiefsitzende Kreuzschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schulterschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kälteempfindlichkeit der LWS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nackenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knieprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kopfschmerzen ganzer Kopf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskelverspannungen, Krämpfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stirnkopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sehnenentzündungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hinterkopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Halbseitiger Kopfschmerz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ohr

Schwerhörigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Drehschwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohrgeräusch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gleichgewichtsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Augen

Trockenheitsgefühl der Augen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	Verschwommenes Sehen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Brennen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	Nacht- oder Farbenblindheit	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Menstruation

Unregelmäßig	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	Schmerzhaft	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Blutung zu stark/schwach	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	Menopause	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

Gefühlsleben

Aufbrausend, leicht reizbar	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	Grüblerisch	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Allgemeine innere Unruhe	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	Traurig	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Nervosität	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	Vergesslichkeit	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Angstgefühle	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	Konzentrationsstörungen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Depression	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	Schreckhaftigkeit	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Niedergedrückte Stimmung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3				

Schlaf

Einschlafstörungen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	Nächtl. Herzklopfen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Durchschlafstörungen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	Nachts unruhige Beine	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Sehr frühes Erwachen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	Nachts heiße Füße	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Viele Träume, Alpträume	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3				