



Anamnesebogen / Chinesische Medizin

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

in der chinesischen Medizin wird der Körper als Einheit betrachtet. Um Ihre Beschwerden an der Wurzel zu behandeln, werden Ihnen in diesem Fragebogen eine Vielzahl von Fragen gestellt, die scheinbar gar nicht mit Ihrem aktuellen Problem zu tun haben. Auch die Gefühle sowie der Ablauf des Alltags spielen eine wesentliche Rolle. Aber die Gesamtheit der Antworten zeichnet schon die Richtung, in der sich Ihr Körper energetisch balanciert. Im persönlichen Gespräch werden wir wichtige Punkte vertiefen. Mithilfe der Zungen- und Pulsdiagnostik ist schließlich eine individuelle und auf Sie persönlich zugeschnittene Behandlung möglich.

Um das ärztliche Gespräch und die Behandlung vorzubereiten, beantworten Sie in Ruhe die folgenden Fragen und bringen Sie bitte auch wichtige Arztbriefe und Befunde mit.

Vielen Dank!

Name, Vorname:

Geburtsdatum, -ort, wenn bekannt auch die Zeit:

Adresse:

Beruf:

Tel.-Nr: (Festnetz):

Tel.-Nr: (Mobil):

Email-Adresse:

Wer hat sie empfohlen?

Krankenversicherung:

feste Partnerschaft ledig verwitwet ; Kinder: Nein Ja, Anzahl:

Wegen welcher Beschwerden wünschen Sie eine Behandlung:

Können Sie sich erinnern, was unmittelbar vor dem ersten Auftreten der Beschwerden war? Eine Infektion, Unfall, OP, Umzug, Impfung, Trennung, Todesfall im Umfeld, Ängste, oder andere Belastungen?

Sind bei Ihnen schon Operationen vorgenommen worden? Wenn ja, welche?

Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie bekannt? Z.B. Bluthochdruck, Herzinfarkt, Schlaganfall, Übergewicht, Diabetes, Epilepsie, Krebs, Allergien, Neurodermitis, Asthma, Schuppenflechte, Zöliakie, Tuberkulose, Schizophrenie, Depression, Ängste, Zwänge, Alkoholismus, andere Suchterkrankungen, Bulimie, Anorexie, Selbstmord, Todesfälle unter 60 Jahren, o.ä.

Mutter:

Vater:

Großeltern mütterlicherseits:

Großeltern väterlicherseits:

Geschwister, Onkel, Tanten:

Bei der Beantwortung der folgenden Fragen bitte die zutreffende Zahl ankreuzen

1 = nein/ nie

2 = leicht/ gelegentlich

3 = stärker/ häufig

4 = ausgeprägt/ ständig/ sehr oft

Lebensführung

Arbeiten Sie zu viel?	1 2 3 4	Alkohol	1 2 3 4
Treiben Sie Sport?	1 2 3 4	Kaffee	1 2 3 4
Süßigkeiten	1 2 3 4	Nikotin	1 2 3 4
Essen Sie regelmäßig?			1 2 3 4
Emotionale Belastungen			1 2 3 4
Leiden Sie unter Stress?			1 2 3 4
Computer/Fernsehen/Smartphone/Tablet		Std./Tag_____	
Nehmen Sie Drogen ein oder haben es früher getan?			1 2 3 4
Sind Sie viel Klimaanlagen ausgesetzt? (Auto, Büro...)			1 2 3 4
Feuchte Umgebung? (Wohnung, Arbeitsplatz?)			1 2 3 4

Vorlieben beim Essen

z.B.: herzhaft, süß, salzig, scharf, sauer, bitter, kaltes/warmes Essen, Käse, Milchprodukte, Fleisch, vegetarisch, vegan etc. Bitte notieren Sie auf der Rückseite, was Sie an einem durchschnittlichen Tag essen und trinken (Frühstück, Mittagessen, Abendessen und v.a. die Snacks zwischendurch!)

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein, wenn ja welche?

(insbesondere blutverdünnende Medikamente, wie z.B. ASS, Marcumar, etc.)

Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel

(z.B. Calcium, Selen, Enzyme, Extrakte o.ä.)?

Allgemeine Symptome

Abgeschlagenheit	1 2 3 4	Schwindel	1 2 3 4
Blässe	1 2 3 4	Nachtschweiß	1 2 3 4
Schnell erschöpft	1 2 3 4	Brüchige Nägel	1 2 3 4
Durst vermindert	1 2 3 4	Hitzeempfindlich	1 2 3 4
Durst vermehrt	1 2 3 4	Kälteempfindlichkeit	1 2 3 4
Nervosität	1 2 3 4	Aufsteigende Hitze	1 2 3 4
Schweißausbrüche	1 2 3 4	Kalte Hände/Füße	1 2 3 4
Heiße Hände/Füße	1 2 3 4		
Taubheitsgefühl in Händen/Füßen			1 2 3 4
Geschwollene Hände/Füße			1 2 3 4
Zugluft-/Windempfindlichkeit			1 2 3 4
Gefühl wie „Watte im Kopf“			1 2 3 4
Leiden Sie unter Haarausfall			1 2 3 4
Haben Sie frühzeitig graue Haare bekommen			1 2 3 4

Herz-Kreislauforgane

Schneller unregelmäßiger Puls	1 2 3 4
Langsamer Puls	1 2 3 4
Herzschwäche	1 2 3 4
Angina Pectoris	1 2 3 4
Hoher Blutdruck	1 2 3 4
Niedriger Blutdruck	1 2 3 4
Leiden Sie unter Durchblutungsstörungen d. Kopfes	1 2 3 4

Magen-Darm-Trakt

Sind Ihre Lippen häufig trocken und rissig	1 2 3 4
Haben Sie einen trockenen Mund/Hals	1 2 3 4
Knirschen Sie mit den Zähnen?	1 2 3 4
Leiden Sie häufig unter Herpesbläschen der Lippe	1 2 3 4
Leiden Sie häufig unter Zahnfleischentzündungen	1 2 3 4
Haben Sie tote Zähne, Wurzelresektionen	ja/nein
Leiden Sie oft unter schlechtem Mundgeruch	1 2 3 4
Leiden Sie unter Sodbrennen	1 2 3 4
Leiden Sie unter Übelkeit	1 2 3 4
Haben Sie Übergewicht	1 2 3 4
Haben Sie erst mittags Hunger	1 2 3 4
Sind Sie häufig appetitlos	1 2 3 4
Sind bei Ihnen Gallensteine bekannt	1 2 3 4
Leiden Sie unter Nahrungsmittelunverträglichkeiten	1 2 3 4
Besteht bei Ihnen ein Gebärmuttervorfall	1 2 3 4
Besteht bei Ihnen ein Darmvorfall	1 2 3 4
Leiden Sie unter Bindegewebschwächen	1 2 3 4
Besteht die Neigung zu Wassereinlagerungen	1 2 3 4
Besteht bei Ihnen Blutungsneigung	1 2 3 4
Besteht bei Ihnen Blutarmut (Anämie)	1 2 3 4
Leiden Sie unter Verstopfung	1 2 3 4
Haben Sie weichen Stuhl	1 2 3 4
Leiden Sie unter Durchfall	1 2 3 4
Leiden Sie unter Koliken	1 2 3 4

Atmungsorgane

Sind bei Ihnen Allergien bekannt	1 2 3 4
Leiden Sie häufig unter verstopfter Nase	1 2 3 4
Leiden Sie unter Heuschnupfen	1 2 3 4
Wurden Nasenpolypen bei Ihnen festgestellt	1 2 3 4
Leiden Sie gehäuft unter einer Bronchitis	1 2 3 4
Leiden Sie unter Raucherhusten	1 2 3 4
Leiden Sie unter wiederkehrenden Lungenentzündungen	1 2 3 4
Leiden Sie an Asthma	1 2 3 4

Haut

Leiden Sie unter Schuppenbildung	1 2 3 4
Feuchten, nässenden Hautausschlägen	1 2 3 4
Haben Sie Warzen	1 2 3 4
Neigen Sie zu Nesselausschlägen	1 2 3 4
Haben Sie eine Schuppenflechte	1 2 3 4
Leiden Sie unter Neurodermitis	1 2 3 4
Ist Ihre Haut fettig	1 2 3 4
Besteht häufig Juckreiz	1 2 3 4
Leiden Sie unter Akne	1 2 3 4

Harn- und Geschlechtsorgane

Müssen Sie häufig zur Toilette	1 2 3 4
Müssen Sie nachts zur Toilette, wie oft?	
Können Sie das Wasser nicht halten	1 2 3 4
Besteht nächtliches Einnässen	1 2 3 4
Wiederkehrende Blasenentzündung	1 2 3 4
Chronische Nierenentzündung	1 2 3 4
Leiden Sie unter Nierenkolik	1 2 3 4
Besteht eine Nierenleistungsstörung	1 2 3 4
Besteht eine Prostataentzündung	1 2 3 4
Leiden Sie unter vorzeitigen Samenergüssen	1 2 3 4
Besteht eine Unfruchtbarkeit, Impotenz	1 2 3 4
Haben Sie eine Verminderung von Vaginalsekret	1 2 3 4
Haben Sie vaginalen Ausfluss	1 2 3 4
Regelmäßige Menses....	1 2 3 4
....dabei viel Blutverlust	1 2 3 4
....klumpiges Blut	1 2 3 4
....Schmerzen	1 2 3 4
Hatten Sie Frühgeburten	1 2 3 4
Haben Sie Myome der Gebärmutter	1 2 3 4

Gehör und Sehen

Besteht bei Ihnen Schwerhörigkeit	1 2 3 4
Leiden Sie unter Ohrgeräuschen/Tinnitus	1 2 3 4
Leiden Sie unter Schwindelgefühlen	1 2 3 4
Leiden Sie unter verschwommenen Sehen	1 2 3 4
gerötete/trockene Augen	1 2 3 4
Gibt es andere Augenerkrankungen?	

Bewegungsapparat

Haben Sie Osteoporose	1 2 3 4
Haben Sie chronische Gelenkentzündungen	1 2 3 4
Haben Sie Rücken- und Knieschmerzen	1 2 3 4
Leiden Sie unter Beschwerden anderer Gelenke	1 2 3 4
Leiden Sie unter Muskelkrämpfen	1 2 3 4
Neigen Sie zu Muskelverspannungen	1 2 3 4
Haben ein enges Gefühl/ Spannung im Brustkorb	1 2 3 4
Neigen Sie zu Sehnenscheidenentzündungen	1 2 3 4
Leiden Sie unter leicht überdehnbaren Bändern	1 2 3 4
Haben Sie häufig Schulter-/ Nackenschmerzen	1 2 3 4
Hatten Sie Knochenbrüche	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Wenn Sie an Schmerzen des Bewegungsapparates leiden

Besserung durch Wärme	1 2 3 4
Besserung durch Kälte	1 2 3 4
Besserung durch Druck bzw. Berührung	1 2 3 4
Verschlimmerung durch Druck bzw. Berührung	1 2 3 4
Besserung durch Bewegung	1 2 3 4
Verschlechterung durch Bewegung	1 2 3 4
Verschlechterung in der Nacht	1 2 3 4
<i>Schmerzcharakter:</i>	
Scharf	1 2 3 4
Bohrend	1 2 3 4
Krampfartig	1 2 3 4
Brennend	1 2 3 4
Fixiert an einem Ort	1 2 3 4
Wandert der Schmerz	1 2 3 4
Dumpf	1 2 3 4
Schmerz geringer Intensität (auszuhalten)	1 2 3 4
Mit Schwächegefühl/Müdigkeit	1 2 3 4

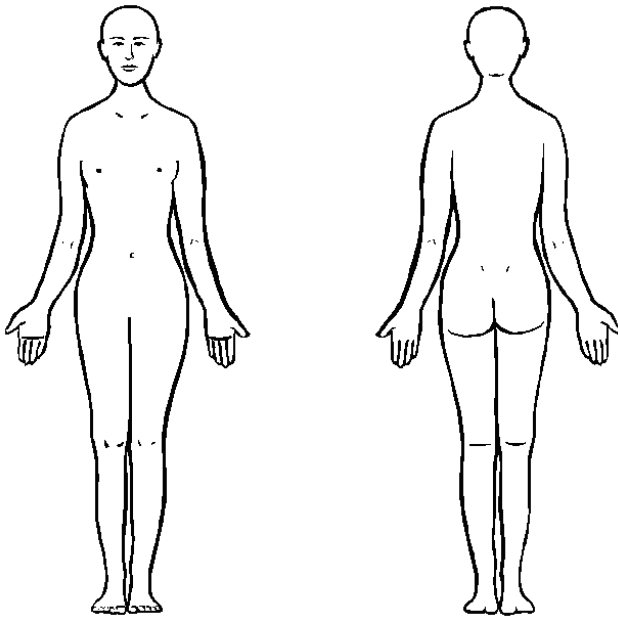
Schlafgewohnheiten:

Leiden Sie unter Einschlafstörungen	1 2 3 4
Leiden Sie unter Durchschlafstörungen	1 2 3 4
Brauchen Sie viel Schlaf	1 2 3 4
Je mehr Schlaf, desto verschlafener sind Sie	1 2 3 4
Sind Sie tagsüber müde	1 2 3 4
Leiden Sie unter Alpträumen	1 2 3 4
Sind Sie ein Morgenmuffel	1 2 3 4
Leiden Sie unter nächtlicher Unruhe	1 2 3 4

Psyche

Machen Sie sich Sorgen um die Zukunft	1 2 3 4
Neigen Sie zu übertriebener Selbstkritik	1 2 3 4
Neigen Sie zu Grübeleien	1 2 3 4
Besteht bei Ihnen eine Magersucht/Essattacken	1 2 3 4
Sind Sie häufig lethargisch, träge	1 2 3 4
Sind Sie häufig traurig	1 2 3 4
Sind Sie unruhig, ängstlich	1 2 3 4
Haben Sie Gedächtnisstörungen	1 2 3 4
Neigen Sie zu Reizbarkeit	1 2 3 4
Fühlen Sie sich einsam	1 2 3 4
Kloßgefühl im Hals vor Ärger	1 2 3 4
Können Sie sich gut entspannen	1 2 3 4
„ich bin zufrieden“, stimmt das?	1 2 3 4

Bitte markieren Sie auf der Körpervorlage Stellen, an denen Sie Narben haben.



Gibt es noch etwas Wichtiges zum Verständnis Ihres Anliegens, was bisher noch nicht angesprochen wurde?

Ort, Datum