

Anamnesebogen zur TCM- Behandlung vom Datum20...

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Beruf:

Aktuelle Beschwerden:

Vorerkrankungen:

Welche Therapien haben bisher und wann stattgefunden? Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Was erwarten/wünschen Sie sich von der Behandlung?

.....

Um ein genaues Bild Ihrer Beschwerden zu bekommen, sind viele Auskünfte wertvoll. Bitte füllen Sie folgenden Fragebogen so exakt wie möglich aus, je mehr Informationen Sie mir geben, umso präziser kann ich Ihre Symptome einschätzen und Syndromen der TCM zuordnen. Nutzen Sie gern auch ein Extrablatt. Die Auswertung des Anamnesebogens erfolgt nach den Gesichtspunkten der TCM und ermöglicht die Entwicklung der individuellen Therapieprinzipien Ihrer Behandlung.

Kreuzen Sie bitte zutreffendes an, bzw. ergänzen Sie:

Allgemeines:

Sind Sie oft

- müde - besonders morgens nach dem Aufstehen
- erschöpft nach dem Essen
- abgeschlagen nach körperlicher Betätigung

Temperatur:

Sind Sie vom Typ her eher

- kalt (mögen es lieber warm, warme Speisen u. Getränke, warme Umgebung, meiden die Kälte, frieren schnell)
- warm/heiß (mögen es lieber kühler, kühlere Speisen u. Getränke, kühlere Umgebung, meiden die Wärme)

Schwitzen Sie?

- tagsüber Spontanschweiß(plötzlicher Schweißausbruch)
- Nachtschweiß
- geruchlos geruchsintensiv

Haben Sie

- kalte Füße tagsüber abends nachts
- kalte Hände tagsüber abends nachts
- warme/heiße Füße tagsüber abends nachts
- warme/heiße Hände tagsüber abends nachts?

Schlaf

Wie ist Ihr Schlaf? wann gehen Sie zu Bett?

Störungen beim:

einschlafen gut schlecht eigene Bemerkungen:.....

durchschlafen ja nein
wann wachen Sie auf ? Uhrzeit:.....

Quält Sie grübeln Gedankenkarussell Sonstiges?
 Träume nächtliches Wasserlassen -x /Nacht

Schlafen Sie dann wieder ein?

Atembeschwerden:

Kommen Sie schnell außer Atem? ja nein kurzatmig
 in Ruhe bei Aufregung/Stress beim Treppe steigen
 vor allem bei sportlicher Betätigung

Eigenschaften: Wie schätzen Sie sich ein?

- extrovertiert introvertiert
- schnell reizbar gelassen
- fröhlich humorvoll
- melancholisch depressiv
- launisch traurig
- mutig ängstlich
- angespannt entspannt

körperliche Beschwerden:

Leiden Sie unter Verspannungen? ja nein

Wo?
.....
.....

Haben Sie Beschwerden an Muskeln und Sehnen
 Knochen – und Skelettsystem
 Mund Kiefer Zähnen

Wo?.....
.....

Extremitäten: Hände kalt heiß rechts links
 schmerzhaft morgens tagsüber abends/nachts
 Füße kalt heiß
 schmerzhaft morgens tagsüber abends/nachts
 Beine rechts links
 schmerzhaft morgens tagsüber abends/nachts
 Arme rechts links
 schmerzhaft morgens tagsüber abends/nachts

Mißempfindungen / Taubheitsgefühle : wo genau

.....
.....
was löst es aus?.....

Muskelzuckungen: wo?
 Krämpfe : wo?
 wann?

Kälte- / Hitze - Gefühl in den Muskeln
 wo?
 wann?

Schmerzen: stechend dumpf schneidend
 in Ruhe in Bewegung bei Überlastung

Schwellungen: sonstiges:
 wo?
 mit Kältegefühl Hitzegefühl

Haben Sie *Kopfschmerzen*? ja nein

Die Schmerzen sind eher stechend dumpf pulsierend
 Hinterkopf Scheitelregion
 Stirn Schläfen
 Seitenregion rechts links?
Wie oft? x Woche Monat Jahr

Schwindel:

Leiden Sie unter Schwindel? ja nein
 Drehschwindel Schwankschwindel
 leicht + Leeregefühl + permanent
 leicht + Ängstlichkeit
 stark bis sehr stark + Kopfschmerzen
 stark + Schweregefühl
 emotionsabhängig lageabhängig

Ohren: Leiden Sie unter *Tinnitus*? ja nein laut leise

Beschreiben Sie das Geräusch:.....

Haben Sie *Hörprobleme*? Welche ?.....

Hals: Haben Sie öfter ein *Kloßgefühl im Hals oder Schluckbeschwerden*? ja nein

Kiefer/ Zähne: Haben Sie Kiefergelenksprobleme?

Zähne knirschen , Zähne pressen Knackgeräusche

wann/wobei?.....

Augen: Haben Sie *Sehstörungen* ?

Schleierartiges Sehen sehen von strich-/punktartigen Erscheinungen

anderes

Herz/Kreislauf

Leiden Sie unter Herzklopfen/Herzstolpern Herzrhythmusstörungen
 Bluthochdruck niedrigem Blutdruck?
Blutdruckwert:...../.....mmHg

Trockenheit: trockenen Augen trockenem Mund
 trockene Schleimhäute anderes.....

Feuchtigkeit: Neigen Sie zu Wassereinlagerungen Zysten
 geschwollenen Gelenken
 Lipomen

Was trifft außerdem für Sie zu :

Appetitstörung: wenig gering viel
 zu welchen Mahlzeiten.....

Haben Sie Bauchbeschwerden? ja nein

Haben Sie Völlegefühl Blähbauch Blähungen nach dem Essen?

Wie oft haben Sie Stuhlgang? 1x / tägl. 1-3x tägl. x tägl.
 2-4x / Woche 1x /Woche alle 14 Tage

Konsistenz: fest breiig wässrig mit unverdauten Nahrungsresten
 schafskotartig geformt
 geruchsarm geruchsintensiv

Neigen Sie eher zu Verstopfungen Durchfällen wechselnden Stühlen?

Farbe: braun dunkel entfärbt gelblich anderes.....

weitere Beschwerden:

Stuhl mit Blutbeimengung Blutauflagerung
 mit Schleimbeimengung Schleimiger Stuhl

Schmerzen:

keine
 vor dem Stuhlgang beim Stuhlgang nach dem Stuhlgang

Blähungen:

schmerzhaft übel stinkend geruchsneutral
 leicht + lösbar schwer zu lösen
 kurz und kräftig lang und dauerhaft
 eher aufstoßen als hinten raus
 anderes..... bei welchem Essen:

.....

Sonstiges

Leiden Sie unter Übelkeit Erbrechen
wann?.....
wie oft?

Welche *Beschwerden* haben Sie außerdem?

Hörprobleme Blutdruck:/.....mm/Hg
 Geschmacksstörungen Schilddrüsenerkrankungen
 Riechstörungen Darmerkrankungen
 Mißempfindungen in den Extremitäten Stoffwechselstörungen
 Nahrungsmittelunverträglichkeiten Diabetes
 Allergien sonstiges:
 Heuschnupfen
 Asthma

(wird vom Therapeuten ausgefüllt)

Zunge: Zungenkörper: rot rosa blaß
Zungenspitze: rot rosa blaß
Zungenbelag: dünn dick käsigt belaglos
weiß gelblich gelb dunkel
trocken nass/feucht
Zahneindrücke O: wo?.....
Zungenrisse Mittelriss viele kleine
Zungenränder: rot belaglos blank
Zungenuntergrund: gestaut rosa gelblich/orange

Puls: Stärke:
rechts =links rechts>links links>rechts
Wie kommt die Welle an?
gespannt weich dünn schlüpfrig spitz

Frauen:

Gynäkologie (Bitte auch ausfüllen, wenn Sie bereits in der Menopause sind. Die Angaben sollten sich dann darauf beziehen, wie sich die Symptome während der Menstruation zeigten.)

In welchem Alter war Ihre Menarche? (erste Regelblutung) mitJahren
Haben /Hatten Sie PMS-Probleme:

- Spannungsgefühl vor der Blutung im Nacken
 Im Kopfschmerzen
 in den Brüsten
 im Lendenwirbelbereich
- Verdauungsprobleme im Zusammenhang mit der Menstruation
 - Durchfall: vor während nach der Blutung
 - Verstopfung: vor während nach der Blutung
 - wechselnde Stühle: vor während nach der Blutung
- Bauchschmerzen: vor während nach der Blutung
- Rückenschmerzen: vor während nach der Blutung
- Gereiztheit: vor vor während nach der Blutung
- Schmerzen: vor während nach der Blutung

Wie ist/war Ihre Blutung?

- starke Blutung
- schwache Blutung
- dunkles Blut
- helles Blut
- klumpiges Blut
- Dauer:Tage
- Zyklus: alleTage

Wann war Ihre letzte Regelblutung?

Sind Sie schwanger oder könnten Sie es sein? ja nein

Besteht Kinderwunsch ja, sofort ja, in der Zukunft nein
Verhütung.....
Pilleneinnahme seit:
Gab es Geburten wieviele? , Wann?.....
Fehlgeburten wieviele ?.....Wann?.....