

Patienten-Fragebogen für die Erstanamnese nach TCM

Liebe Patientin, lieber Patient,

um nach den Grundsätzen der traditionellen chinesischen Medizin (TCM) Ihre Konstitution und den aktuellen Zustand beurteilen zu können, ist neben der Puls-und Zungendiagnose eine ausführliche Befragung wichtig. Dabei sind auch viele Körperfunktionen und -empfindungen von Bedeutung, die in der westlichen Medizin normalerweise keine Rolle spielen. Zur Vorbereitung auf das Anamnesegespräch füllen Sie bitte diesen Fragebogen aus. Wenn Sie bei einzelnen Fragen unsicher sind oder Verständnisfragen haben, lassen Sie sie einfach aus. Wir gehen die Fragen im Gespräch gemeinsam durch und können offene Punkte klären.

Vielen Dank!

Ihre Sabine Kakizaki

Patientendaten:

Vor- und Nachname: _____

Geb.datum: _____ Tel (tagsüber): _____

Straße, Hausnr: _____

Postleitzahl, Ort: _____

Mailadresse: _____

Besteht ein Anspruch auf Beihilfe? _____ wo sind Sie krankenversichert? _____

Besteht eine private Zusatzversicherung, wenn ja, bei welchem Unternehmen? _____

Beruf _____

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden? z.B. Empfehlung, google-Suche, Jameda, Flyer o.a.? _____

Wenn Sie über aktuelle Informationen unserer Praxisgemeinschaft benachrichtigt werden möchten, nehme ich Sie gern in meinen E-Mail-Verteiler auf. Sie können Ihre Zustimmung jederzeit widerrufen.

Ja

nein

Haben Sie aktuelle Beschwerden? Welche und seit wann jeweils?

Beginn schlechend/plötzlich? _____

Treten die Beschwerden zu bestimmten Zeiten auf?

Begleitsymptome? _____

Haben/hatten Sie je

Chronische Erkrankungen? _____

Sonstige Erkrankungen inkl. Kinderkrankheiten?

Allergien? _____

Operationen/Unfälle/Verletzungen?

Nehmen Sie Medikamente? Wenn ja, welche?

Gibt/gab es schwere Erkrankungen in Ihrer Familie (Großeltern, Eltern, Geschwister)?

Allgemeines

Wie bewerten Sie Ihre(n)

Vitalität (in % von 1-100%)? _____

Appetit? _____

Schlaf?(Ein- oder/Durchschlafstörung?) _____

Belastbarkeit? _____

Konzentrationsfähigkeit? _____

Abwehrkräfte? Wie oft haben Sie Erkältungen, Magen-/Darm-, Haut- bzw. Pilzinfektionen?

Können Sie gut abschalten/entspannen? _____

Gibt es eine Jahreszeit, in der es Ihnen körperlich besser/schlechter geht?

Haben Sie eine Vorliebe (+) oder eine Abneigung (-) gegenüber

Kälte? _____ Nässe/Feuchtigkeit? _____ Wärme/Hitze? _____

Trockenheit? _____ Wind? _____

Gibt es eine bestimmte Tages-/Uhrzeit, in der Sie sich besser/schlechter fühlen?

Wie ist Ihr Temperaturempfinden

Ausgeglichen/eher kalt/eher warm? _____

Hände (tags/nachts)? _____

Füße? (tags/nachts?) _____

Kalter Po/kalte Knie? _____

Fiebriges Gefühl?/Fieber? Welche Tageszeit? _____

Schwitzen Sie schnell/ schnell, häufig? (tags, nachts)? _____

Fragen zum Wandlungsreich Erde

Größe/Gewicht ? _____

Magenschmerzen (brennend, drückend?) _____

Gastritis? _____

Völlegefühl? _____

Aufstoßen, Sodbrennen? _____

Übelkeit/Erbrechen? _____

Mundgeruch? _____

Trockner Mund? _____

Zahnfleischentzündungen, -bluten? _____

Bauchschmerzen / Blähungen? _____

Wie ist Ihre Verdauung: regelmäßig oder unregelmäßig? _____

Wie häufig haben Sie Stuhlgang? _____

Konsistenz des Stuhls: breiig, wässrig, geformt, schafskotartig? _____

Durchfall / Verstopfung ? _____

Probleme bei Stuhlgang, Brennen am Anus? _____

Hämorrhoiden? _____

Neigung zu Wasseransammlungen (z.B. morgens gedunsenes Gesicht?) _____

Ödeme? _____

Zysten / Tumore/ Pickel / Geschwülste ? _____

Neigen Sie zum Grübeln? _____

Fragen zum Wandlungsreich Wasser

Nierenerkrankungen? _____

Blasenprobleme/schwäche? (Harnträufeln)? _____

Nächtliches Wasserlassen? _____

Urinmenge? (angemessen zur Trinkmenge?) _____

Urinfarbe/Geruch (farblos, dunkel?) _____

Haben Sie nachts Durst bzw. einen trocknen Mund? _____

Rückenschmerzen? Wo? _____

Erkrankung der Knochen? _____

Erkrankung der Wirbelsäule? _____

Erkrankung der Gelenke (z.B. Arthrose, Arthritis)? _____

Probleme mit den Ohren / Hörprobleme/Tinnitus der leiser wird beim Ohrenzuhalten?

Wie sind Ihre Zähne (Karies, fehlende Zähne?) _____

Kopfhaarprobleme (Ausfall, vorzeitiges Ergrauen)? _____

Wie ist Ihre Libido? _____

Besteht oder bestand ein unerfüllter Kinderwunsch? _____

Sind Sie eher ängstlich oder mutig? _____

Frauen: (bitte je nach Alter entsprechende Fragen beantworten)

Wie ist Ihr Zyklus: regelmäßig? _____

Dauer der Blutung? _____

Stärke der Blutung? _____

Wie ist Ihr Menstruationsblut? (Hellrot, dunkel, klumpig, dünn) _____

Beschwerden vor oder während der Periode? _____

Gynäkologische Erkrankungen? _____

Ausfluss (Farbe, Geruch?) / Pilze / Infektionen/Juckreiz ? _____

Schwangerschaften inkl. Fehlgeburten, Abtreibungen, Frühgeburten? _____

Haben bzw. hatten Sie Beschwerden während der Wechseljahre? Wenn ja welche?

Nur für Männer:

Prostataerkrankungen? _____

Vorzeitige Ejakulation, nächtlicher Samenverlust, Potenzstörungen? _____

Fragen zum Wandlungsreich Holz

Erkrankung Leber/Gallenblase? _____

Fettunverträglichkeit? _____

Schilddrüsenerkrankung? _____

Muskelverspannungen? _____

Muskelschwäche? _____

Muskelkrämpfe? _____

Wandernde Schmerzen? _____

Nacken/Schulterschmerzen? _____

Sehnenprobleme, Steifigkeit? _____

Kopfschmerzen? Art? Häufigkeit? _____

Migräne? _____

Schwindel? _____

Tinnitus (der gleich bleibt beim Ohrenzuhalten) ? _____

Nervenzuckungen? _____

Probleme mit Nervenfunktion? _____

Gefühl von Einengung/Einschnürung? (körperlich/psychisch?)

Druckgefühl im Oberkörper? _____

Kloßgefühl im Hals? _____

Kolikartige Schmerzen? _____

Augenerkrankungen, Sehschwäche, Nachtblind? _____

Rote, juckende, brennende, trockne Augen, Konjunktivitis? _____

Trockne Haut, spröde Nägel, trockne Haare/Haarausfall? _____

Wie ist Ihr Bewegungsdrang? _____

Ärgern Sie sich schnell/oft? _____

Können Sie sich schnell/gut entscheiden? _____

Fragen zum Wandlungsreich Feuer

Höhe Blutdruck? _____

Haben Sie Herzprobleme? _____

Haben Sie Herzklopfen/Herzrasen? _____

Engegefühl/Unbehagen in der Brust? _____

Haben Sie Probleme mit der Nase / Riechvermögen? _____

Gedächtnisschwäche? _____

Freuen Sie sich häufig oder eher selten ? _____

Fragen zum Wandlungsreich Metall

Lungenerkrankungen? _____

Probleme mit der Atmung? _____

Atemnot (bei Belastung, in Ruhe, nachts?) _____

Husten (mit/ohne Schleim)? Stark/schwach _____

Probleme mit Rachen, Nase, Nasennebenhöhlen, Mandeln (z.B. Bronchitis, Erkältungen)?

Dickdarmerkrankungen? z.B. Colitis Ulcerosa, Polypen ? _____

Hauterkrankungen? _____

Ausschlag, Ekzeme? _____

Juckreiz der Haut, Genitalien, Entzündungen? _____

Sind Sie eher ordentlich/unordentlich? _____

Sind Sie oft traurig/melancholisch? _____

Ernährung

Wie viel Mahlzeiten nehmen Sie täglich ein? _____

Wann/Uhrzeit? _____

Abstand zwischen Mahlzeiten? _____

Essen Sie Fleisch/wie oft? _____ Fisch/wie oft? _____

Eier/wie viele ? _____ Milchprodukte? _____

Wie ist Ihr Durst? _____ Trinkmenge? _____

Was trinken Sie? _____

Auffälliges Verlangen nach kalten/heßen Getränken? _____

Heißhunger? _____

Haben Sie bevorzugte Geschmacksrichtungen (+) oder Abneigungen (-) :

Süß? _____ salzig? _____ sauer? _____

Bitter? _____ scharf? _____

Genussmittel:

Alkohol, wie viel, was? _____

Zigaretten? Seit wann, wie viel? _____

Sonstige Drogen? _____

Bisherige Ernährung

Ihre bisherigen Ernährungsgewohnheiten sind wichtig für die Beratung. Sehr hilfreich ist es, wenn Sie 3 Tage lang aufschreiben, was Sie essen und trinken, jeweils unter Angabe der Tages-/Uhrzeit. Vermerken Sie auch Getränke wie Kaffee, Saft, Alkohol und Kleinigkeiten zwischendurch. Bitte essen Sie in diesen Tagen ganz normal weiter wie bisher auch.

Wenn Sie jeden Tag regelmäßige, feste Essgewohnheiten haben, die sich auch in der Auswahl der Lebensmittel nicht groß unterscheiden, können Sie alternativ auch einen „typischen Tag“ beschreiben.