

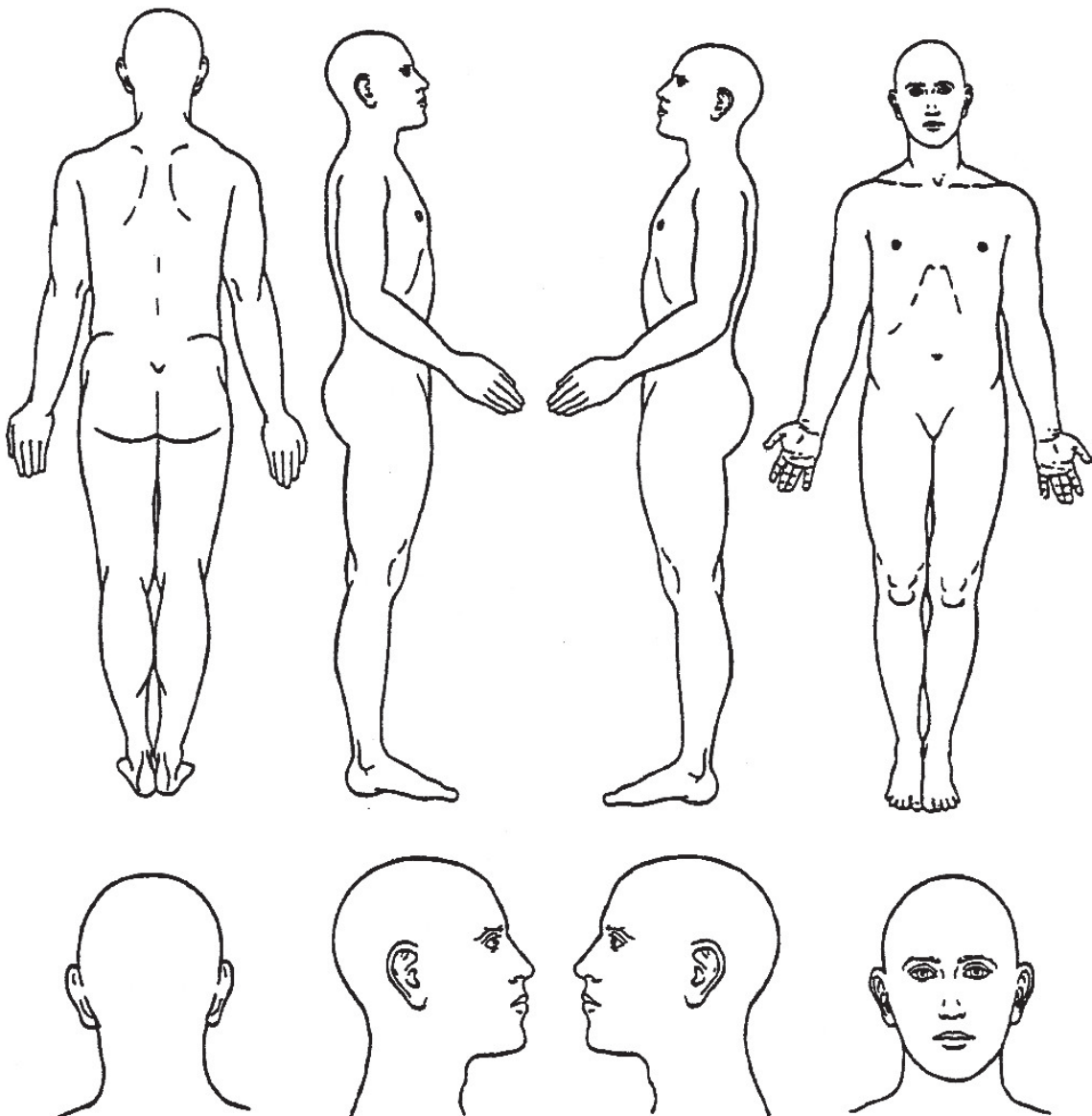
## ANAMNESEBOGEN - Akupunktur nach Aspekten der Traditionellen Chinesischen Medizin (TCM)

Liebe Patientin, lieber Patient,

um eine Diagnose und einen Therapieplan nach Aspekten der TCM erstellen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen. Vielen Dank!

**Name des Patienten:** \_\_\_\_\_

1. Wo haben Sie zurzeit hauptsächlich Schmerzen? Bitte malen Sie das Schmerzgebiet in den Körperschemata aus.
2. Gibt es weitere Stellen, an denen Sie Schmerzen haben? Bitte schraffieren Sie diese Schmerzgebiete in den Körperschemata – oder benutzen alternativ eine andere Farbe.



3. Seit wann bestehen die Schmerzen, wegen denen Sie eine Akupunkturbehandlung wünschen?
- seit \_\_\_\_\_ Tagen                       seit \_\_\_\_\_ Wochen  
 seit \_\_\_\_\_ Monaten                       seit \_\_\_\_\_ Jahren
4. Wie haben die Schmerzen begonnen?
- akut/plötzlich                       schleichend  
 nach einem Unfall                       nach einer Operation  
 Sonstiges \_\_\_\_\_
5. Wie fühlt sich der Schmerz an, der Ihnen am meisten Beschwerden bereitet? (Mehr fachnennungen möglich)
- dumpf                       drückend  
 stechend                       brennend  
 ziehend                       krampfartig  
 wandernder Schmerz                       mit Schweregefühl  
 mit Kribbeln                       Sonstiges \_\_\_\_\_
6. Fühlen Sie den Schmerz, der Ihnen am meisten weh tut,
- an der Oberfläche (Haut)?     in der Tiefe (Muskulatur, Knochen)?
7. Wie treten Ihre Schmerzen auf? Sind sie dauernd vorhanden oder anfallsweise?
- Die Schmerzen treten nur anfallsweise auf, dazwischen bin ich schmerzfrei.  
 Meine Schmerzen sind dauernd vorhanden.  
 Meine Schmerzen sind dauernd vorhanden, zusätzlich treten Schmerzanfälle auf.
8. Beeinflussen äußere Faktoren Ihre Schmerzen? Was verstärkt, was lindert Ihre Schmerzen?

	<b>Verstärkung</b>	<b>Linderung</b>	<b>kein Einfluss</b>
Wärmeanwendung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kälteanwendung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Druck/Massage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewegung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ruhe/Schonung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stress/Ärger/Aufregung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freude/angenehme Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hitze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kälte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Feuchtigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trockenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



16. Wie ist Ihr Appetit?

- normal  häufig Appetitlosigkeit  
 übermäßiger Appetit  häufig Heißhungerattacken

17. Wie ist Ihr Durstgefühl?

- normal  übermäßig  
 wenig  fehlend

18. Leiden Sie häufig unter Nachtschweiß?  ja  nein

19. Schwitzen Sie schnell bei leichter Anstrengung?  ja  nein

20. Frieren Sie übermäßig?  ja  nein

21. Leiden Sie häufig unter Hitzewallungen?  ja  nein

22. Wie ist die Temperatur der Hände/Füße?  kalt  normal  
 warm  heiß

23. Leiden Sie unter trockenen Schleimhäuten  ja  nein

24. Haben Sie Husten?  mit Auswurf  trocken  
 nein

25. Wie groß ist die Urinmenge?  normal  reichlich  
 wenig

26. Wie ist die Urinfarbe?  unauffällig  dunkel  
 hell-klar

27. Wie ist die Stuhlgangfrequenz?  regelmäßig  unregelmäßig  
 wechselnd

28. Leiden Sie häufig unter Verstopfung?  ja  nein

29. Leiden Sie häufig unter Durchfall?  ja  nein

30. Haben Sie Menstruationsbeschwerden?  ja  nein

31. Haben Sie Ohrgeräusche?  nein  hoch-pfeifend  
 brummend-tief  rauschend

32. Sind Sie schwerhörig?  ja  nein

33. Haben Sie Sehstörungen (z.B. Flimmern)?  ja  nein

34. Leiden Sie unter Ein-/Durchschlafstörungen?  meistens  oft  
 gelegentlich  überhaupt nicht

Zur vollständigen Beurteilung Ihrer Erkrankung bitten wir Sie nun um einige persönliche Angaben. Man weiß heute, dass körperliche Krankheit und seelisches Befinden oft eng zusammenhängen. Deshalb beziehen sich die Fragen ausdrücklich auf Ihre allgemeine und seelische Verfassung. Wir bitten Sie, jede Frage so zu beantworten, wie es für Sie persönlich in den letzten 4 Wochen zutraf.

**Ich fühle mich angespannt oder überreizt.**

- meistens
- oft
- gelegentlich
- überhaupt nicht

**Ich kann mich heute noch so freuen wie früher.**

- ganz genau so
- nicht ganz so sehr
- nur noch wenig
- kaum oder gar nicht

**Ich habe ein ängstliches Gefühl in der Magengegend.**

- überhaupt nicht
- gelegentlich
- ziemlich oft
- sehr oft

**Ich fühle mich glücklich.**

- überhaupt nicht
- selten
- manchmal
- meistens

**Ich kann behaglich dasitzen und mich entspannen.**

- ja, natürlich
- gewöhnlich schon
- nicht oft
- überhaupt nicht

**Mich überkommt eine ängstliche Vorahnung, dass etwas Schreckliches passieren könnte.**

- überhaupt nicht
- gelegentlich
- ziemlich oft
- sehr oft

**Ich bin unkonzentriert oder vergesslich.**

- meistens
- oft
- gelegentlich
- überhaupt nicht

**Ich habe Herzrasen.**

- nein, überhaupt nicht
- gelegentlich
- verhältnismäßig oft
- sehr häufig

**Ich fühle mich müde oder abgeschlagen.**

- fast immer
- sehr oft
- manchmal
- überhaupt nicht

**Ich fühle mich in meinen Aktivitäten gebremst.**

- fast immer
- sehr oft
- manchmal
- überhaupt nicht

**Mir gehen beunruhigende Gedanken durch den Kopf.**

- einen Großteil der Zeit
- verhältnismäßig oft
- von Zeit zu Zeit
- nur gelegentlich/nie

**Ich fühle mich traurig oder niedergeschlagen.**

- meistens
- oft
- gelegentlich
- überhaupt nicht

**Ich fühle mich rastlos, muss immer in Bewegung sein.**

- ja, sehr
- ziemlich
- nicht sehr
- überhaupt nicht

**Mich überkommt plötzlich ein panikartiger Zustand.**

- ja, sehr oft
- ziemlich oft
- nicht sehr oft
- überhaupt nicht

**Ich neige zu Zorn- oder Wutausbrüchen.**

- nein, überhaupt nicht
- gelegentlich
- verhältnismäßig oft
- sehr häufig

**Ich fühle mich freudig erregt.**

- häufig
- oft
- gelegentlich
- überhaupt nicht

**Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben.**