



In der Traditionellen Chinesischen Medizin (TCM) verwenden wir Angaben über Ihren Gesundheitszustand um daraus eine individuelle Diagnose zu stellen. Bitte nehmen Sie sich ein paar Minuten Zeit, um den Fragebogen auszufüllen. Bei Ihrem ersten Besuch werden wir diese Blätter besprechen.

✓ abhaken, falls zutreffend

x Kreuz neben dem Kreis, falls Unklarheiten

Familien-Anamnese:

	Sie selbst	Ihre Kinder	Ihre Mutter	Ihr Vater	Ihre Schwester	Ihr Bruder
Verstorben		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Migräne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Epilepsie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Neurologische Erkrank.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bluthochdruck / Herz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zuckerkrankheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rheumatische Erkrank.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Allergie / Haut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asthma / Lunge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nieren / Blase	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Magen / Darm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tumore / Karzinome	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blutkrankheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Genetische Erkrank.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychische Erkrank.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alkohol / Drogen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Haben oder hatten Sie zu tun mit:

- Lungenentzündung
- Hautkrankheiten
- Tuberkulose / Tbc.
- Bauchspeicheldrüse
- Milz
- Bewegungsapparat
- Lebererkrankungen / Gallenblase
- Malaria
- Lunge, COPD
- Thrombosen
- Burn-Out, CFS
- schlechte Laborwerte
welche:
- Leiden Sie an einer Infektionskrankheit/übertragbaren Krankheit (HIV, Hepatitis, Lues, HPV etc.)
Welche:
- Allergien / Unverträglichkeiten (auch Nahrungsmittel, etc.)
.....
.....

Kinderkrankheiten die Sie hatten / bei Impfungen ein Plus vor dem Kreis (+○):

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Masern | <input type="radio"/> Keuchhusten / Pertussis |
| <input type="radio"/> Mumps | <input type="radio"/> Diphtherie |
| <input type="radio"/> Kinderlähmung | <input type="radio"/> Scharlach |
| <input type="radio"/> Windpocken / Varizellen | <input type="radio"/> Röteln / Rubella |
| <input type="radio"/> weitere Impfungen: | |
| wann: | |

Weitere Krankheiten:

.....
.....

Waren Sie im Spital? Weshalb, wann, wie lange?

.....
.....

Allgemeine Fragen:

- Haben Sie Hautausschläge /Taubheitsgefühle
- Haben Sie schnell blaue Flecken bei leichtem Anstossen
- Haben Sie Blutungen bei Verletzungen, die nicht zu stoppen sind
- Haben Sie Narben, die auffällig sind (Taubheit, Ziehen, Brennen, Jucken)
- Haben Sie Ohnmachtsanfälle / Schwarzwerden beim schnellen Aufstehen
- Zittern Sie (z.B. Hände, oder ganzer Körper)
- Hat sich Ihre Handschrift in den letzten Wochen sehr verändert
- Haben Sie Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren / erinnern
- Haben Sie Schwierigkeiten, Entscheidungen zu treffen
- Fühlen Sie sich oft alleine und deprimiert / weinen Sie oft
- Haben Sie Schwierigkeiten, sich zu entspannen / sorgen Sie sich oft
- Haben Sie beängstigende Träume / Gedanken
- Sind Sie schnell verärgert / leicht zu irritieren mit Kleinigkeiten
- Sind Sie glücklich
- Haben Sie ein blockiertes Verhältnis zu Familie, Freunden, Arbeitskollegen oder anderen Mitmenschen
- Sind Sie in irgendeiner Art unzufrieden in Ihrer Beziehung
- Fühlen Sie sich manchmal traurig ohne Grund
- Haben Sie sexuelle Schwierigkeiten
- Sind Sie unzufrieden mit Ihrer Libido
- Haben Sie schon an Selbstmord gedacht
- Haben Sie schon psychiatrische Hilfe gesucht
- Haben Sie in den letzten 6 Monaten fünf Kilo zu/ab genommen
- Fühlen Sie sich zu heiss / zu kalt
- Haben Sie kein Interesse am Essen / sind Sie immer hungrig
- Sind Sie Vegetarier, Veganer oder ernähren sich sonst nach einer speziellen Ernährungslehre
- Sind Sie mehr/weniger durstig als gewöhnlich
- Haben Sie Schwellungen in der Achselhöhle / Leiste
- Sind Sie dauernd müde oder leicht erschöpft
- Treiben Sie Sport / Übungen mehr als 3mal die Woche
- Trinken sie mehr als 5 Tassen Kaffee / Cola / Schwarztee pro Tag
- Rauchen Sie
- Konsumieren Sie täglich oder regelmässig Alkohol / Marihuana
- Nehmen Sie regelmässig Schlaftabletten / Schmerztabletten / Beruhigungstabletten
- Konsumieren Sie regelmässig Drogen (Heroin, Kokain, LSD, Ecstasy, etc.)
- Fühlen Sie sich unwohl in der Magengegend / haben Sie Magenbrennen

- Haben Sie einen geblähten Bauch nach Mahlzeiten / müssen Sie viel aufstossen
- Ist Ihnen schnell übel
- Haben Sie schon einmal Blut erbrochen
- Haben Sie Schwierigkeiten oder Schmerzen beim Schlucken
- Leiden Sie mehr als 2mal die Woche an Verstopfung
- Haben Sie öfters unförmigen Stuhlgang
- Haben Sie blutige / schwarze Stuhlgänge
- Haben Sie Schmerzen beim Stuhlen / Blutungen vom Rektum
- Gehen Sie regelmässig Nachts Wasser lösen
- Gehen Sie mehr als 6mal am Tag Wasser lösen
- Nässen sie Unterwäsche / Bett
- Verspüren Sie Brennen beim Wasser lösen
- Ist Ihr Urin braun, blutig
- Haben Sie Schwierigkeiten, den Strahl zu starten / dauernd Drang zu urinieren
- Haben Sie mehr als einmal die Woche Kopfschmerzen
- Tragen Sie eine Brille oder Linsen
- Sehen Sie verschwommen / unklar
- Sehen Sie manchmal doppelt
- Haben Sie oft wässrige oder trockene Augen
- Haben Sie Schwierigkeiten mit dem Gehör
- Haben Sie Ohrenscherzen / Ausfluss aus den Ohren
- Haben Sie intermittierende / permanente Geräusche im Ohr
- Haben Sie Schwindel / oft, selten
- Haben Sie Zahnprobleme / sensibles, schmerzhaftes Zunge
- Haben Sie geschwollenes / schrumpfendes Zahnfleisch
- Hat sich Ihr Geschmackssinn / Geruchssinn seit kurzer Zeit verändert
- Haben Sie eine verstopfte / „laufende“ Nase ohne Erkältung
- Haben Sie Niesanfälle / Nasenbluten ohne Grund
- Sind Sie seit mehreren Monaten hintereinander Erkältet
- Haben Sie eine heisere Stimme / Halsschmerzen ohne Erkältung
- Haben Sie vergrösserte Rachenmandeln
- Haben Sie Hustenanfälle
- Sind Sie kurzatmig / brauchen Sie viele Kissen zum Schlafen
- Haben Sie Auswurf / Husten mit blutigem Auswurf
- Wachen Sie auf in der Nacht mit Kurzatmigkeit / Husten
- Schwitzen Sie mehr als sonst / haben Sie Nachtschweiss
- Haben Sie Bluthochdruck oder einen zu tiefen Blutdruck
- Haben Sie Herzklopfen
- Haben Sie Schmerzen und Enge auf der Brust
- Sind Ihre Knöchel / Füsse geschwollen
- Haben Sie Krämpfe in den Beinen in der Nacht / beim Laufen
- Welche der folgenden Emotionen sind bei Ihnen vorherrschend (bitte unterstreichen)
Zorn, Wut, Reizbarkeit, Depressive Verstimmung, Euphorie, Angst, Trauer

Männer:

- Ist Ihr Urinstrahl langsam oder schwach
- Haben Sie ein Brennen / Ausfluss vom Penis
- Leiden Sie unter frühzeitiger Ejakulation (ejaculatio praecox)
- Leiden Sie an Ausfluss von Samen ohne sexuelle Erregung (Spermatorrhoe)
- Sind Schwellungen / Knötchen an Ihren Hoden
- Haben / Hatten Sie Hodenschmerzen
- Haben / Hatten Sie urogenitale Probleme (Varikozele, Hydrozele, HWI, etc.)
- Gingen Sie schon einmal zum Urologen

- Gehen Sie regelmässig zum Urologen
Letzte Prostata-Untersuchung:

Frauen:

- Sind Sie in der Menopause
- Hatten Sie eine Gebärmutterentfernung
- Leiden Sie an Zysten in den Eierstöcken / Gebärmutter
- Hatten Sie Blutungen nach Geschlechtsverkehr
- Haben Sie Blutungen zwischen den Menstruationen
- Haben Sie vaginalen Ausfluss / Juckreiz
- Untersuchen Sie sich selbst einmal im Monat (am besten 8 – 10 Tage nach der Regelblutung)
- Beobachten Sie Knoten / Schmerzen in der Brust
- Gehen Sie regelmässig zum Gynäkologen
Letzter PAP-Test / Abstrich:

Wie oft waren Sie schwanger:
Wie viele Kinder haben Sie geboren:

Allgemeines:

Länder, die Sie in den letzten 3 Jahren bereist haben / wann, wo?
.....
.....

Verschriebene Medikamente:
.....
.....

Welche weiteren Therapien machen Sie?
.....
.....

Wer ist Ihr Hausarzt / Ihre Hausärztin?
.....
.....

Von welchen weiteren Ärzten/Therapeuten werden sie betreut?
.....
.....

Welches Hauptanliegen möchten Sie mit der Traditionellen Chinesischen Medizin angehen:
.....
.....

Bemerkungen:
.....
.....
.....

- Wie haben Sie von uns erfahren:
- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Arzt | <input type="checkbox"/> Empfehlung |
| <input type="checkbox"/> Internet | <input type="checkbox"/> Inserat |
| <input type="checkbox"/> Telefonbuch | <input type="checkbox"/> Kundenstopper |
| <input type="checkbox"/> andere | |