



TCM Therapeutin

Qijia Pang-Riebold

Anamnesebogen 1

Name: _____

Vorname: _____

Geb. Datum: _____

Strasse: _____

PLZ./Ort: _____

Telefon: _____

Grösse: _____

Gewicht: _____

Familienstand: _____

Kinder/Alter: _____

Beruf: _____

E-Mail: _____

Hauptbeschwerden: _____

Andere Beschwerden: _____

bisherige Therapie: _____

Medizinischer Zustand: (Betreffendes bitte ankreuzen)

☐ Allergie/Unverträglichkeiten _____

☐ jetzige Erkrankungen _____

☐ Operationen _____

☐ Impfungen _____

☐ Medikamente _____

☐ Vorerkrankungen _____

☐ Unfälle _____

☐ Erkrankungen in der Familie _____

Allgemeine Symptome:

☐ Blässe

☐ Abgeschlagenheit

☐ Antriebslosigkeit

☐ schnell erschöpft

☐ Schlafstörungen

☐ Luftnotattacken

☐ Nervosität

☐ Herzklopfen

☐ Schwindel

☐ Konzentrationsschwäche

☐ Windempfindlichkeit

☐ Kälteempfindlichkeit

☐ Kalte Hände/ Füße

☐ geschwollene Hände/Füße

☐ Taubheit in Händen/ Füßen

☐ Appetitlosigkeit

☐ Hitzeempfindlichkeit

☐ spontaner Schweißausbruch

☐ Nachtschweiß

☐ Bruchige Nägel

☐ Rückenschmerzen

☐ Infektionsanfälligkeit

Kreislauf:

☐ Schmerzen in der Brust

☐ Herzklopfen

☐ Brustbeklemmung

☐ Blutdruck _____

☐ Schwindel

☐ Bewusstlosigkeit

☐ Krampfadern

☐ _____

Atmung:

☐ Asthma

☐ Husten

☐ Auswurf

☐ Heuschnupfen

☐ Atembeschwerden

☐ Infektanfälligkeit

☐ _____

Verdauung:

☐ Bauchschmerzen

☐ Übelkeit

☐ Erbrechen

☐ Sodbrennen

☐ Bauchgeräusch

☐ Blähungen

☐ Durchfall

☐ Verstopfung

☐ Darmluft

☐ harte Stühle

☐ weiche Stühle

☐ Hämorrhoiden



Flüssigkeit:

Durst:

☐ Ja() ☐ Nein() ☐ Kalt() ☐ Warm() ☐ Heiß() ☐ Pro Tag ____ Liter ☐ Alkohol() ☐ Kaffee()

Urin:

☐ Farbe hell() ☐ dunkel() ☐ Schmerzen Ja() ☐ Nein() ☐ Nachtwasserlassen: Ja() ☐ Nein() wie oft: ____

Ernährung:

Appetit Ja() ☐ Nein() ☐ ____ Mahlzeiten/Tag ☐ regelmäßig Ja() ☐ Nein() ☐ Esssucht
 Geschmacksrichtung Vorlieben ☐ salzig ☐ sauer ☐ scharf ☐ süß ☐ bitter
 Suchtmittel: ☐ Kaffee ☐ Tabak ☐ Alkohol ☐ andere _____

Bewegungsapparat:

Körperliche Aktivität: ____ mal in der Woche, was? _____

Befindlichkeitsstörungen: ☐ Taubheitsgefühle ☐ Zuckungen ☐ Krämpfe
☐ Lähmungen ☐ Schwellungen ☐ Muskelschwäche
☐ Gelenksdeformationen ☐ Brüche ☐ Entzündungen
 Schmerzen häufig ☐ Kopf ☐ Nacken ☐ Schulter ☐ Rücken ☐ Arm ☐ Ellenbogen
☐ Hand ☐ Handgelenk ☐ Finger ☐ Hüfte ☐ Bein ☐ Knie
☐ Fuß ☐ Zehen ☐ _____

Sinnesorgane:

Augen	☐ Augenschmerzen	☐ Juckende / trockene Augen	☐ Gerötete Augen
	☐ Sehkraft vermindert	☐ Punktchen fliegen vor den Augen	☐ Nachtblind
	☐ Grauer Star	☐ Grüner Star	☐ _____
Ohren	☐ Ohrenschmerzen	☐ Ohrensausen / Tinnitus	☐ Hörverlust
	☐ Drehschwindel	☐ Gleichgewichtsstörungen	☐ _____
Mund	☐ Zahnfleischbluten	☐ Zahnschmerzen	☐ Kariesanfälligkeit
	☐ Amalgam	☐ Mundtrockenheit	☐ Aphten
	☐ Lippen- Herpes	☐ Mundgeruch	☐ Mundgeschmack _____
Nase	☐ Niesanfalle	☐ Blutung	☐ Verstopfung
	☐ Schnupfen	☐ Sinusitis	☐ _____
Hals	☐ Halsschmerzen	☐ Heiserkeit	☐ Kloß im Hals
Haut	☐ Hautausschlag	☐ Sonnenempfindlichkeit	☐ Juckreiz
	☐ trockene Haut	☐ fettige Haut	☐ Akne
	☐ schnell blaue Flecken	☐ schlechte Wundheilung	☐ _____
Haare	☐ stark Haarausfall	☐ trockene Haare	☐ fettige Haare ☐ brüchig
Nägel	☐ brüchig	☐ mit Rillen	☐ mit weiße/schwarze Verfärbung



Urologie:

Ausscheidung ☐ häufig Wasserlassen ☐ häufig Harndrang ☐ Schmerz bei Wasserlassen
☐ reichlich ☐ spärlich ☐ Nachts Wasserlassen ☐ Urin Farbe _____ Geruch _____

Harnwegserkrankungen / Prostata Beschwerden: _____

Ödeme in ☐ Hände ☐ Füße ☐ Augen ☐ _____
 Schwitzen ☐ tags ☐ nachts ☐ spontan ☐ bei Aufregung ☐ Wo? _____

Gynäkologie:

Allgemein: ☐ dauernd Vaginalausfluss ☐ Gebärmuttersenkung ☐ Myome/Zysten/Polypen
 Menstruation: ☐ unregelmäßig ☐ zu stark() zu schwach() ☐ Farbe hell() dunkel()
☐ mit Blutklümpchen ☐ Zwischenblutungen ☐ Brustspannung
☐ Schmerzen vor() während () in _____ ☐ Einnahme von Hormonen ☐ _____
☐ Menopause mit Beschwerden _____

Schwangerschaft:

☐ wie oft? _____ ☐ mit Beschwerden? _____ ☐ Fehlgeburt _____ ☐ Kaiserschnitt
☐ versucht Schwangerschaft zu werden seit _____

Psyche:

☐ Konzentrationsschwäche ☐ depressiv ☐ schnell traurig ☐ launisch ☐ nervös
☐ schnell aufgeregt ☐ schreckhaft ☐ ängstlich ☐ lustlos ☐ weint oft
☐ grübeln zu viel ☐ sorgen zu viel ☐ seit wann: _____

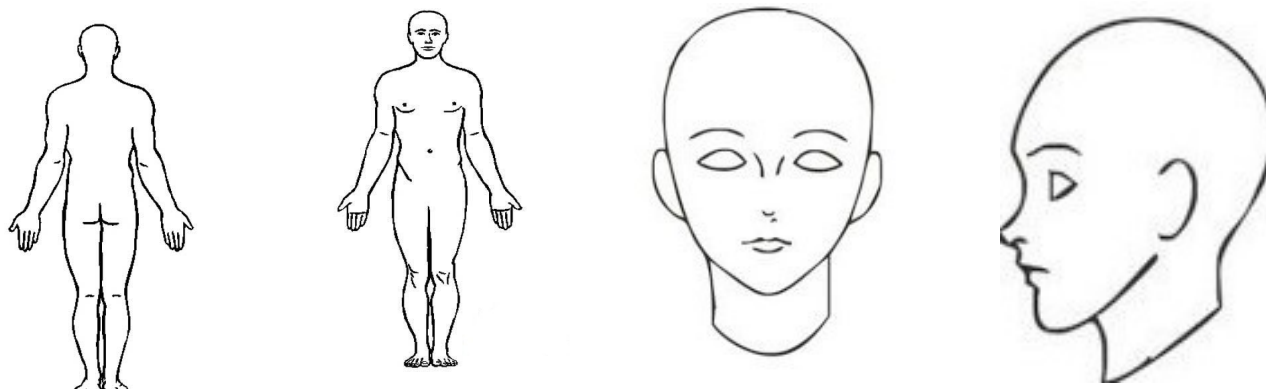
Energiehaushalt:

☐ fit ☐ müde an ganzen Tag() nur morgens() nur abends() besonders nach dem Essen()
 Schlafen: ☐ gut ☐ _____ Std./Tag ☐ Störungen: einschlafen() durchschlafen() seit _____
☐ träumen viel ☐ unruhig ☐ Tiefschlafen-Phase fehlt ☐ schnarchen ☐ Zähne quietschen

Temperatur:

Körpertemperatur allgemein tags: ☐ kalt ☐ heiß ☐ normal ☐ wo? _____
 nachts: ☐ kalt ☐ heiß ☐ normal ☐ wo? _____
 Getränke Vorlieben: ☐ heiß ☐ warm ☐ kühl ☐ kalt
 Jahreszeit Vorlieben: ☐ Frühling ☐ Sommer ☐ Herbst ☐ Winter

Bitte markieren Sie Ihre Schmerzstelle:



Vielen Dank für Ihre Mühe!



Hinweis:

Preisliste*:

Erstanamnese (ca. 60 Minuten): 70 €

Therapieeinzelsitzung (60 Minuten): 70 €

Einzelsitzung (90 Minuten): 105 €

* Die Kosten werden von den Krankenkassen in der Regel nicht übernommen und sind daher privat zu tragen

Absageregulung:

Ihre gebuchten Termine sind fest für Sie eingeplant, damit ich genügend Zeit für Sie reservieren kann.

Bei Absagen **einen Tag vorher** bitte ich um Verständnis, dass **70%** des Honorars berechnet werden.

Bei Absagen **am selben Tag** wird das volle Honorar von **100%** fällig.

Herzlichen Dank für Ihr Verständnis und Ihre Rücksicht.

Qijia Pang-Riebold
Geißblattpfad 35
13591 Berlin

Telefon: 0152 0869 7480
kontakt@meintcm.de
www.meintcm.de

Commerzbank
IBAN: DE31 1004 0000 0568 8932 00
BIC: COBADEFFXXX