



TCM Therapeutin

Qijia Pang-Riebold

Anamnesebogen 1

Name: _____

Grösse: _____

Vorname: _____

Gewicht: _____

Geb. Datum: _____

Familienstand: _____

Strasse: _____

Kinder/Alter: _____

PLZ./Ort: _____

Beruf: _____

Telefon: _____

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:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Blässe | <input type="checkbox"/> Abgeschlagenheit | <input type="checkbox"/> Antriebslosigkeit | <input type="checkbox"/> schnell erschöpft |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Luftnotattacken | <input type="checkbox"/> Nervosität | <input type="checkbox"/> Herzklopfen |
| <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Konzentrationsschwäche | <input type="checkbox"/> Windempfindlichkeit | <input type="checkbox"/> Kälteempfindlichkeit |
| <input type="checkbox"/> Kalte Hände/ Füße | <input type="checkbox"/> geschwollene Hände/Füße | <input type="checkbox"/> Taubheit in Händen/ Füßen | <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit |
| <input type="checkbox"/> Hitzeempfindlichkeit | <input type="checkbox"/> spontaner Schweißausbruch | <input type="checkbox"/> Nachtschweiß | <input type="checkbox"/> Brüchige Nägel |
| <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen | <input type="checkbox"/> Infektionsanfälligkeit | | |

Kreislauf:

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Schmerzen in der Brust | <input type="checkbox"/> Herzklopfen | <input type="checkbox"/> Brustbeklemmung | <input type="checkbox"/> Blutdruck _____ |
| <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Bewusstlosigkeit | <input type="checkbox"/> Krampfadern | <input type="checkbox"/> _____ |

Atmung:

- | | | | |
|--|---|----------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Husten | <input type="checkbox"/> Auswurf | <input type="checkbox"/> Heuschnupfen |
| <input type="checkbox"/> Atembeschwerden | <input type="checkbox"/> Infektanfälligkeit | <input type="checkbox"/> _____ | |

Verdauung:

- | | | | |
|---|---------------------------------------|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen | <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Erbrechen | <input type="checkbox"/> Sodbrennen |
| <input type="checkbox"/> Bauchgeräusch | <input type="checkbox"/> Blähungen | <input type="checkbox"/> Durchfall | <input type="checkbox"/> Verstopfung |
| <input type="checkbox"/> Darmluft | <input type="checkbox"/> harte Stühle | <input type="checkbox"/> weiche Stühle | <input type="checkbox"/> Hämorrhoiden |



TCM Therapeutin

Qijia Pang-Riebold

Anamnesebogen 2

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

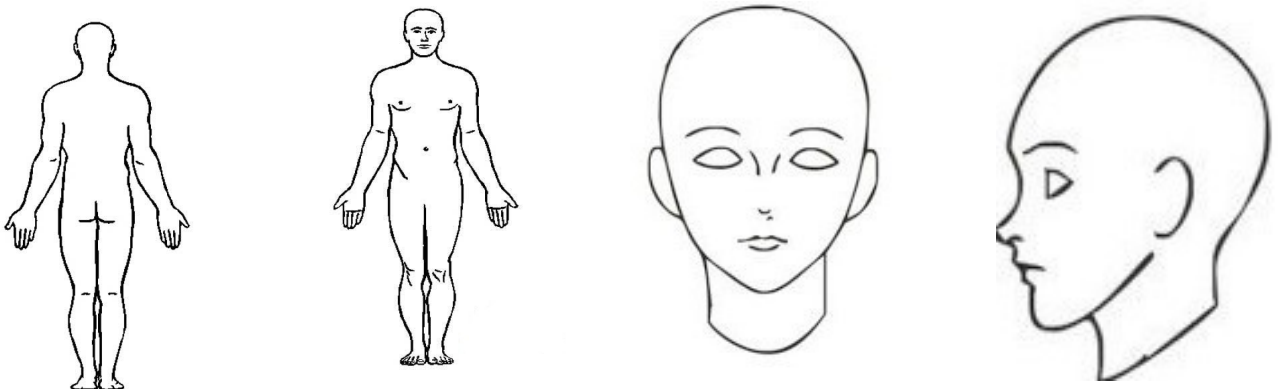
Energiehaushalt:

Schlafen: fit müde an ganzen Tag() nur morgens() nur abends() besonders nach dem Essen()
 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!