



TCM Therapeutin

Qijia Pang-Riebold

Anamnesebogen

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 / Unruhe

☐ Herzklopfen

☐ Schwindel

☐ Konzentrationsschwäche

☐ Windempfindlichkeit

☐ Kälteempfindlichkeit

☐ Kalte Hände/ Füße

☐ Hitzeempfindlichkeit

☐ geschwollene Hände/Füße

☐ Taubheit in Händen/ Füßen

☐ Appetitlosigkeit

☐ spontaner Schweißausbruch

☐ Nachtschweiß

☐ Bruchige Nägel

☐ Rückenschmerzen

☐ Infektionsanfälligkeit

☐ Schweregefühl Kopf /Beine

Kreislauf:

☐ Schmerzen in der Brust

☐ Herzklopfen

☐ Brustbeklemmung

☐ Engegefühl in der Brust

☐ Schwindel

☐ Bewusstlosigkeit

☐ Krampfadern

☐ Blutdruck _____

Atmung:

☐ Asthma

☐ Husten

☐ Auswurf

☐ Heuschnupfen

☐ Atembeschwerden

☐ Infektanfälligkeit

☐ Nase läuft / zu

☐ _____

Verdauung:

☐ Bauchschmerzen

☐ Übelkeit

☐ Erbrechen

☐ Sodbrennen

☐ Bauchgeräusche

☐ Blähungen

☐ Durchfall

☐ Verstopfung

☐ Völlegefühl

☐ Aufstoßen

☐ Druckgefühl im Oberbach

☐ Hämorrhoiden

Stuhlgang:

- ☐ wie oft am Tag _____ ☐ zu hart ☐ erbsenartig ☐ zu weich / breiartig
☐ sehr dunkel ☐ sehr hell ☐ stark Geruch ☐ Verstopfung
☐ schleimig / klebt am Klo ☐ unverdaute Nahrungsreste ☐ _____

Flüssigkeit:

- Durst: Getränke:
☐ Ja() ☐ Nein() ☐ Kalt() ☐ Warm() ☐ Heiß() ☐ Pro Tag _____ Liter ☐ Alkohol() ☐ Kaffee()
Urin:
☐ Farbe hell() ☐ dunkel() ☐ reichlich ☐ spärlich Geruch stark() ☐ neutral()
☐ häufig Wasserlassen ☐ Schmerzen Ja() ☐ Nein() ☐ Nachts Wasserlassen: Ja() wie oft: _____ ☐ Nein()
☐ häufig Blasenentzündung() ☐ Prostata Beschwerden: _____
Ödeme in den Hände() Beine() Füße() Augen() Knöcheln() Gesicht() Wo noch: _____
Schwitzen: viel() gar nicht() tags() nachts() warm() kalt() Spontan()
bei Aufregung() Geruch stark() ☐ neutral() Wo? _____

Ernährung:

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

Bewegungsapparat:

- Körperliche Aktivität: _____ mal in der Woche, was? _____
Befindlichkeitsstörungen: ☐ Taubheitsgefühle ☐ Zuckungen / Lähnungen ☐ Krämpfe
☐ Entzündungen ☐ Brüche ☐ Muskelschwäche
☐ Gelenkdeformationen ☐ Nachts heiße Füße/Hände ☐ Nachts unruhige Beine
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 ☐ Aphthen
☐ Lippen- Herpes ☐ Mundgeruch ☐ Mundgeschmack _____
Nase ☐ Niesanfälle ☐ Blutung ☐ Verstopfung
☐ Schnupfen ☐ Sinusitis ☐ _____
Hals ☐ Halsschmerzen ☐ Heiserkeit ☐ Kloß im Hals
Haare ☐ stark Haarausfall ☐ trockene Haare ☐ fettige Haare ☐ brüchig

- | | | | |
|-------|--|--|--|
| Haut | ☐ Hautausschlag | ☐ Sonnenempfindlichkeit | ☐ Juckreiz |
| | ☐ trockene Haut | ☐ fettige Haut | ☐ Akne |
| | ☐ schnell blaue Flecken | ☐ schlechte Wundheilung | ☐ _____ |
| Nägel | ☐ brüchig | ☐ mit Rillen | ☐ mit weiße/schwarze Verfärbung |

Sexualität:

- ☐ Unlust Ja() Nein() ☐ Impotenz Ja() Nein() ☐ Trockenheit Ja() Nein() ☐ Unfruchtbarkeit

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: _____

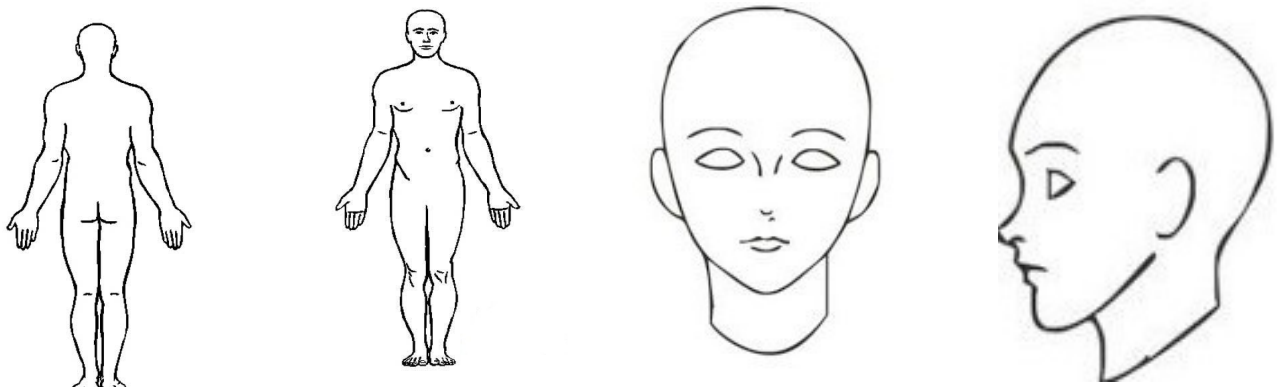
Energiehaushalt:

- ☐ fit ☐ müde an ganzen Tag() nur morgens() nur abends() besonders nach dem Essen()
☐ Arbeiten zu viel ☐ Leiden Sie unter Stress
 Schlafen: ☐ gut ☐ ____ Std./Tag ☐ Störungen: einschlafen() durchschlafen() seit _____
☐ träumen viel ☐ unruhig ☐ Tiefschlafen-Phase fehlt ☐ schnarchen ☐ Zähne quietschen
☐ morgens bestimmte Uhrzeit aufwachen Wie viel Uhr? _____

Temperatur:

- Körpergefühl 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

Absageregung:

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.