

Bitte beantworten Sie die Fragen sorgfältig, stichpunktartig und leserlich und bringen Sie den ausgefüllten Bogen zum ersten Termin in meine Praxis mit. Sollte bei den Punkten nicht ausreichend Platz für Ihre Vermerke sein, nehmen Sie bitte ein zusätzliches Blatt. Gerne können Sie den Fragebogen auch vorab unter der Postadresse Valentina Borowez, Rotäckerweg 16, Hemsbach (! das ist nicht die Praxisadresse) einwerfen oder per E-Mail an lotus-tcm@outlook.de zusenden. So haben wir bei dem Ersttermin mehr Zeit für das Wesentliche, können den Rahmen der Erstanamnese effizienter nutzen und eher zu den Therapiemöglichkeiten übergehen.

Vor- und Nachname Geburtsdatum
Anschrift
Telefon / Mobil E-Mail
Krankenversicherung gesetzlich privat Heilpraktiker-Zusatzvers.
Beruf Körpergröße
letzter Blutdruck Gewicht (+/- in letzten 6 Monaten)

Gründe für die Vorstellung

Was führt Sie zu mir? Bitte listen Sie Ihre aktuellen Beschwerden in absteigender Reihenfolge auf, also das Symptom, welches am lästigsten ist bzw. am meisten beeinträchtigt zuerst.

* Versuchen Sie den Schmerz/Leidensdruck auf einer Skala von 1=minimal bis 10=unerträglich einzuordnen.

** Wie würden Sie die Symptome/Schmerzen am ehesten Beschreiben:

drückend, dumpf, ziehend, einschießend, heftig stehend, kribbelnd, taub, wandernd, überwärmt, kalt

1. Leidensdruck* seit wann?
Auslöser, Verstärker? Wie? **

2. Leidensdruck* seit wann?
Auslöser, Verstärker? Wie? **

3. Leidensdruck* seit wann?
Auslöser, Verstärker? Wie? **

4. Leidensdruck* seit wann?
Auslöser, Verstärker? Wie? **

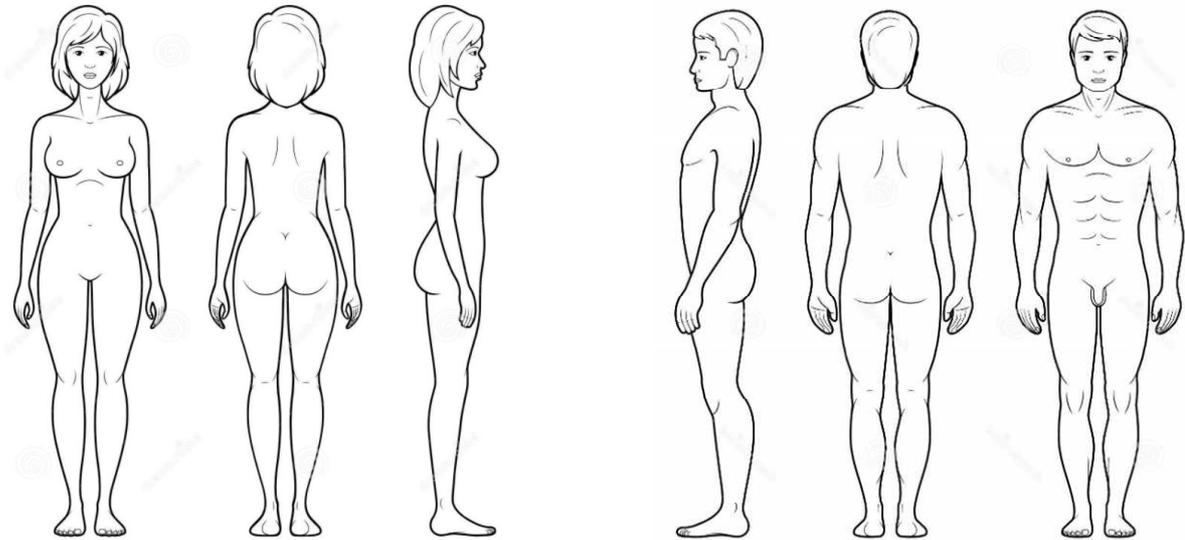
Bei Druck auf den Schmerzpunkt besser schlechter „Wohlweh“

Waren mit den oben genannten Beschwerden bereits bei anderen Therapeuten oder beim Arzt?
 Nein Ja, bei welchem? Welche Behandlung wurde aus diesem Grund gemacht/vorgeschlagen?
.....
.....
.....
.....



ANAMNESEBOGEN

Um Ihre Beschwerden genau nachvollziehen zu können, tragen Sie auf den folgenden Bildern, die Schmerzpunkte/ Missempfindungen und andere Symptome ein. Gerne können Sie hier auch weitere Kommentare ergänzen.



Welche Körperstellung oder Position ist Ihnen eher unangenehm (bspw. Sitzen, Stehen, Liegen, Treppen auf- oder absteigen)?

Allgemeine Anamnese

Bestehen bei Ihnen die unten stehenden Erkrankungen (bitte ankreuzen und benennen)?

- | | | |
|--|---|-----------|
| Allergien / Unverträglichkeiten | <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja | seit..... |
| Lungenerkrankungen / Asthma | <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja | seit..... |
| Erhöhte Blutfette / Cholesterinwerte | <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja | seit..... |
| Erhöhter Blutdruck / Hypertonie | <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja | seit..... |
| Schilddrüsenerkrankungen | <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja | seit..... |
| Herzerkrankungen | <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja | seit..... |
| Nierenerkrankungen / Gicht | <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja | seit..... |
| Lebererkrankungen / Erhöhte Leberwerte | <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja | seit..... |
| Diabetes mellitus Typ 1 / 2 | <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja | seit..... |
| Rheuma | <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja | seit..... |
| Depression | <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja | seit..... |

Welche Diagnosen sind darüber hinaus bei Ihnen bekannt (Herzinfarkt, Schlaganfall, Krebs, Infektionskrankheiten, Autoimmun-, Haut-, Darm-, Gefäßerkrankungen)?

Hatten Sie Unfälle oder sind Operationen, bei Ihnen durchgeführt worden?

1.seit/am.....
2.seit/am.....
3.seit/am.....
4.seit/am.....



ANAMNESEBOGEN

Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel, homöopathische Mittel oder Medikamente? Nein Ja,
welche und seit wann.....

Haben Sie geholfen?

Wie heilen Verletzungen bei Ihnen? Haben Sie Gerinnungsstörungen?

Benutzen Sie medizinische Hilfsmittel (z.B. Brille, Herzschrittmacher, Einlagen...)?

Sind Sie entsprechend den offiziellen Empfehlungen geimpft? Ja teilweise Nein

Wie waren deren Effekte auf Ihre Gesundheit?

Frauenanamnese (Männer machen bitte mit dem Abschnitt „Vegetative Anamnese und Lebensführung“ weiter)

Anzahl Geburten (Fehlgeburten

Bestehen derzeit eine Schwangerschaft Nein Ja, in SW

Menstruation Nein Ja, Dauer Tage Farbe wässrig hellrot rot dunkel

sehr stark normal sehr schwach regelmäßig unregelmäßig mit Klümpchen

Symptome vor der Menstruation: Gedunsenheit Schmerzen, wo ?.....

Welche Symptome werden mit Einsetzen der Blutung besser

schlechteranders.....

Zwischenblutungen Nein Ja

Ausfluss Nein Ja, wässrig/klar, weißlich, gelblich, übelriechend,

Vegetative Anamnese und Lebensführung

Wie viele Stunden schlafen Sie üblicherweise? Wie ist ihr Schlaf normalerweise?

Beeinflussen die oben genannten Beschwerden ihren Schlaf? Nein Ja

Wachen Sie ungewollt zu bestimmten Zeiten auf? Nein Ja, wann?.....

Zu welcher Tages- oder Nachtzeit fühlen Sie sich am besten?.....

Zu welcher Tages- oder Nachtzeit fühlen Sie sich am schlechtesten?.....

Zu welcher Jahreszeit fühlen Sie sich am schlechtesten?.....

Wie wirken folgende Wetterverhältnisse auf Sie?

kaltes Wetter heißes Wetter

trockenes Wetter stärkere Sonnenstrahlung

feuchtes Wetter Sturmwetter/ Wind.....

Nebel Wetterwechsel.....

Wie ist ihr Temperaturempfinden?

kälteempfindlich normal eher zu warm/heiß wechselnd

ANAMNESEBOGEN

Wie vertragen Sie Zugluft? gut schlecht

Wie oft sind Sie in der kalten Jahreszeit erkältet? Wie oft in den anderen Jahreszeiten?

Treiben Sie Sport? Nein Ja, welchen wie oft

Rauchen Sie? Nein Ja, Wie viel?

Wieviel trinken Sie am Tag? Liter, hauptsächlich
..... Tassen Kaffee trinken Sie am Tag? Liter Bier/ Wein/ Spirituosen in der Woche?

Wie schwitzen Sie? vermindert nachts vermehrt Pyjamawechsel, wie oft pro Nacht
 Kaltschweißigkeit geruchsbildend Hitzewallungen Emotionale Situationen
 bei Geistesanstrengung wie intensives Nachdenken zu einer bestimmten Uhrzeit?.....
vermehrt an der Stirn/am Kopf den Händen an den Füßen Achseln

Wie ist ihr Appetit? normal gesteigert vermindert Übelkeit

Essen Sie regelmäßig? Nein Ja Wie ist ihre Ernährung?

Für welche Geschmacksrichtungen, Nahrungsmittel und Getränke haben Sie eine Vorliebe?
 sauer süß bitter scharf salzig saftig/mit viel Flüssigkeit trockenes Käse
 stark Gewürztes Süßigkeiten Schokolade süßes Gebäck saure Dinge Frittiertes
 Schwere Speisen Butter Brot Obst Fisch Chips/Knabberzeug

Haben Sie gelegentlich Heißhunger? Wann? Worauf?

Gibt es Nahrungsmittel, die Sie nicht vertragen? Abneigungen?

Wie ist ihr Stuhlgang am ehesten: normal wechselnd zu hart zu weich zu plötzlich
 zu selten enthält Reste unverdauter Nahrung blass/entfärbt gelb schwarz blutig
Wie oft pro Tag / pro Woche

Wie ist ihr Urin? trüb klar farblos hellgelb gelb dunkel schaumig rosa/rot/blutig
Urinmenge pro Tag: <=2 Gläser >3 Gläser > 12 Gläser (mehr als 3 Liter)

Wie ertragen Sie geschlossene Kragen, Gürtel, enganliegende Kleidung?

Gibt es noch etwas, was Sie mir vor der Behandlung noch gern mitteilen möchten?
.....

Wie wurden Sie auf mich aufmerksam (Empfehlung, Internet)?

Erwarten/ Wünschen Sie eine bestimmte Untersuchungs- oder Behandlungsmethode in meiner Praxis?

Haben Sie bereits Erfahrung mit Akupunktur bzw. Traditioneller Chinesischer Medizin?
 Nein Ja, welche

.....

Ort, Datum Unterschrift