

Anamnese für Traditionelle Chinesische Medizin- TCM,
 Bitte füllen Sie den Fragebogen vollständig aus, Zutreffendes bitte unterstreichen.

Erfassungsdatum:

Name, Vorname:

Adresse:

Telefon:

Email Adresse:

Geburtsdatum:

Alter:

Anzahl der Kinder:

Alter der Kinder:

Schwangerschaften (inkl. Aborte):

Berufliche Tätigkeit:

Freizeit / Hobbies:

sonstige aktuelle Therapien:

aktuelle Medikamente:

Gewohnheiten: Zigaretten, wenn ja wieviel pro Tag

Kaffee, wenn ja wieviel pro Tag

Alkohol, wenn ja wieviel pro Woche

Marihuana o. a. Drogen, wenn ja wie oft pro Woche, Monat...

Vegetarier / Veganer

durchgemachte Kinderkrankheiten:

Impfungen:

Vorerkrankungen, (was, wann, Therapie)

Erkrankungen innerhalb der Familie:

(Großmutter, Großvater, Tanten, Onkel, Vater, Mutter Geschwister usw.)

Welches gesundheitliche Problem haben Sie derzeit?

Wohlbefinden mental:

belastet

unbelastet

Kreislauf:

Herzklopfen

Schwindel

anderes/ Kommentar

Durst, Appetit:

Lust auf Kaltes
 Appetitlosigkeit
 viel Durst

Lust auf Warmes

Heisshunger

wenig Durst

anderes / Kommentar

Ausscheidung:

wässriger Stuhl
 viel Urin
 selten Urinieren
 trüber Urin
 anderes / Kommentar

harter Stuhl
 häufig Urinieren

stark riechender Stuhl
 wenig Urin

hellgelber Urin

dunkelgelber Urin

Temperatur:

Kälteempfindungen
 Nachtschwitzen

Hitzeempfindungen
 Spontanschwitzen

Hitzewallungen
 kalte Füße

Schlaf:	Einschlafprobleme Träume/ Alpträume	Durchschlafprobleme anderes / Kommentar	ungewolltes Aufwachen
Bewegungsapparat:	Nacken Gesäss anderes / Kommentar	oberer Rücken Knie	unterer Rücken/Kreuz Gliederschmerzen
Gynäkologie:	Mensschmerzen Klumpen im Blut anormaler Zyklus Brustspannungen Komplikationen i.d. Schwangerschaft	viel Blut helles Blut anormaler Ausfluss Prämenstruelle Beschwerden	wenig Blut dunkles Blut anderes / Kommentar
Orifizien:	Sehstörung Hörschwäche Heuschnupfen anderes / Kommentar	Sehchwäche Ohrgeäusche/Tinnitus chronisch verstopfte Nase/Nebenhöhlen	Sehflecken
vorherrschende Emotionen:	Stress depressive Verstimmungen Trauer	Zorn	Wut/ Reizbarkeit Euphorie Angst anderes / Kommentar

Mitmenschen: Besonders gutes oder blockiertes Verhältnis zu Mutter, Vater, Freunden, Kindern, Arbeitskollegen oder anderen nahestehenden Mitmenschen

Allergien:	Pollen Ausschläge anderes / Kommentar	Heuschnupfen Asthma	Hausstaub Nahrungsmittel
------------	---	------------------------	-----------------------------

Viruskrankheiten:	HIV Hepatitis C anderes / Kommentar	Hepatitis A Hepatitis D	Hepatitis B Hepatitis E
-------------------	---	----------------------------	----------------------------

Kopfschmerzen:	Migräne auf dem Scheitel an den Schläfen ziehend	stechend	am Hinterkopf um die Augen auf der Stirn diffus
----------------	--	----------	---

Zungendiagnose: _____

