

Anamnesebogen

Name _____
Vorname _____
Straße _____
PLZ Ort _____
Geburtsdatum _____
Tel _____
Mobil _____

Wer hat uns empfohlen:

Hausarzt:

Berufliche Tätigkeit:

Was führt Sie in unsere Praxis?

Gesamteindruck

Was sind Ihre Erwartungen von der Behandlung?

Wie sind Ihre Füße?

- warm
- kalt
- feucht kalt
- feucht heiß / Schweißfuß

Wie sind Ihre Hände?

- warm
- kalt
- feucht kalt
- feucht heiß

Schlaf:

- schlafen Sie durch
- schlafen Sie schnell ein
- Wachen Sie auf: Uhrzeit: _____
- tief/oberflächlich/unruhig
- Wasserlassen: Uhrzeit: _____

sind Sie erholt?

- ja
- nein

Träume

träumen Sie?

- selten
- manchmal
- häufig
- Alpträume
- was Träumen Sie:

Wie ist Ihre Verdauung?

- regelmäßig 1x täglich
- unregelmäßig
- öfters am Tag

Nehmen Sie Abführmittel

Stuhlfarbe:

- normal braun
- hellbraun
- lehmfarben
- sehr dunkel

Stuhlgeruch:

- nicht riechend
- übel riechend
- stinkend
- Gefühl alles ist raus

<p>Stuhlbeschaffenheit:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> geformt <input type="radio"/> ungeformt <input type="radio"/> Durchfall <input type="radio"/> Speisereste <hr/> <hr/> <hr/>	<p>Machen Sie zur Zeit eine Diät</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>Urin: Wie oft und wie viel:</p> <hr/> <hr/> <hr/>	<p>Urinfarbe:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> normal gelblich <input type="radio"/> klar (Kälte) <input type="radio"/> dunkel konzentriert (Hitze) <input type="radio"/> trübe (Milz) <input type="radio"/> Geruch (Hitze) <input type="radio"/> brennt beim Wasserlassen (Hitze) <input type="radio"/> schäumt bei Wasserlassen (Hitze) <hr/> <hr/> <hr/>
<p>Menstruation:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> regelmäßig <input type="radio"/> 28 Tage bei Neu- oder Vollmond <p>Wie fühlen sich danach:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> schlecht (= Blutverlust) <input type="radio"/> sehr gut (= Stase) <hr/> <hr/> <hr/>	<p>Schmerzen / PMS</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Blutmenge: _____ <p>Blutfarbe</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> normal (= wie bei Fingerschnitt) <input type="radio"/> purpur lila (= Kälte) <input type="radio"/> hell frisch / wie arterielles Blut (= Hitze) <input type="radio"/> dunkel klumpig (= Stase) <input type="radio"/> wann / wann besser: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Holz Element

- Wind- Zugempfindlichkeit
- wandernde Schmerzen
- Wetterföhligkeit
- Bildschirmarbeit / Strahlen
- Reise-, Klima- und Zeitzonewechsel
- Zorn, Wut,
- Frustration, Depressionen (auch unterdrückt)

Leber / Galle

Hatten oder haben Sie schon mal Schwierigkeiten mit

- Leber oder Galle
- den Augen
- Muskelverspannungen
- den Nägeln
- einseitigen Beschwerden
- Migräne

Feuer Element

- Begierden, Zeitdruck
- Trauer
- Wärme- Hitzeaversion
- aufsteigende Hitzesymptome:
 - Fieber
 - Roter Kopf
 - Trockene Schleimhäute
 - Halsschmerzen
 - innere Unruhe
 - Oberflöchlicher Schlaf
 - Schwindel

Herz / Kreislauf (Dünndarm/3E)

Hatten oder haben Sie schon mal Schwierigkeiten mit

- Herz
- Kreislauf

Gesichtsfarbe:

- blass
- rosa
- rötlich

Zunge:

Erd Element

- Feuchtigkeitsempfindlichkeit
- Müdigkeit
- Erschöpfung
- Schwere Glieder
- Wasseransammlungen
- Völle Gefühl nach dem Essen
- Resorptionsstörungen
- weiche Stühle
- trüber Urin
- Sodbrennen
- Übergewicht
- Konzentrationsschwierigkeiten
- Grübeln
- Fanatismus

Magen / Milz

Hatten oder haben Sie schon mal Schwierigkeiten mit

- Magen
- Milz
- Bauchspeicheldrüse
- Bindegewebe
- Krampfadern
- Appetit
- Unverträglichkeit von Speisen

Metall Element

- Trockenheitsanfälligkeit
- Zentralheizung
- Klimaanlage
- Bildschirm
- Hochspannung
- Elektrosmog
- Ozon
- Rauchen
- trockene Haut
- trockene Schleimhäute
- Halskratzen
- Husten
- Infektanfälligkeit
- Allergien
- Hauterkrankungen
- Zukunftsangst
- Zukunftspläne

Lunge / Dickdarm

Hatten oder haben Sie schon mal Schwierigkeiten mit

- Lunge
- Dickdarm
- Haut

Wasser Element

- Kälteempfindlichkeit:
 - 1. Stufe: Kalte Füße
 - 2. Stufe: 1. +kalte Lenden und Po
 - 3. Stufe: 1.+2. +kalte Knie
- kalter Bauch
- Rückenschmerzen:
 - morgens
 - abends
 - nach Belastung
 - nach Ruhe
- Myome
- Steine
- Knochenschmerzen
- Fersensporn
- Untergewicht
- Depressionen
- Angstzustände
- Machtprobleme

Niere / Blase

Hatten oder haben Sie schon mal Schwierigkeiten mit

- Nieren
- Blase
- Unterleib
- Gebärmutter
- Prostata

Zähne:

- Plomben
- Amalganfüllungen
- Stiftzähne
- Wurzelbehandlungen

Narben

- Knochenbrüche
- Verbrennungen
- Stauchungen
- Sportverletzungen
- Operationen:
 - Mandeln
 - Polypen
 - Dammschnitt/riss
 - Leistenbruch
 - Kaiserschnitt
 - OP 2x an gleicher Stelle
 - Bauchspiegelung
 - Sterilisation

Auffälligkeit von Narben:

- Jucken
- bei Wetterwechsel
- Veränderungen der Hautfarbe
- Taubheit um die Narbe herum
- Langer Heilungsprozess

Trinken

- regelmäßig
- unregelmäßig

was trinken Sie:

wie viel trinken Sie:

Normale Menge: **Körpergewicht** x 3,
zwei Kommastellen streichen.

z.B.: 50kg x 3=150kg = 1,5Liter Wasser

Essen

- regelmäßig
- unregelmäßig

(Normal ist 3x täglich zur gleichen Zeit)

Haben Sie Vorlieben oder Abneigungen
gegen Geschmacksrichtungen

- sauer
- bitter
- süß
- scharf
- salzig

Was essen Sie zum:

Frühstück:

Mittagessen:

Abendessen:

Zwischenmahlzeiten:

Ernährungsfehler sind immer Dinge die der Patient regelmäßig zu sich nimmt - genau hinhören, er bringt die Antwort mit!

Medikamente

regelmäßige Medikamente:

unregelmäßige Medikamente

Vitamine

Behandlungsablauf:
