

Naturheilpraxis
Heilpraktikerin



Traditionelle Chinesische Medizin
Akupunktur
Akupunktur Meridian Massage

Escherichstr. 5 / Zi. 319
91522 Ansbach
Tel: 0151-50764427

praxis@eva-gruber.de
www.eva-gruber.de

Anamnesebogen – Traditionelle Chinesische Medizin

Sehr geehrte/er Patient/in,

vor einer Behandlung mit Akupunktur/Traditioneller Chinesischer Medizin (TCM) erstellen wir eine Diagnose nach TCM-Kriterien. Zur Vorbereitung des dazu benötigten Gespräches möchten wir Sie bitten, diesen Fragebogen gewissenhaft auszufüllen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.
Ihre Heilpraktikerin

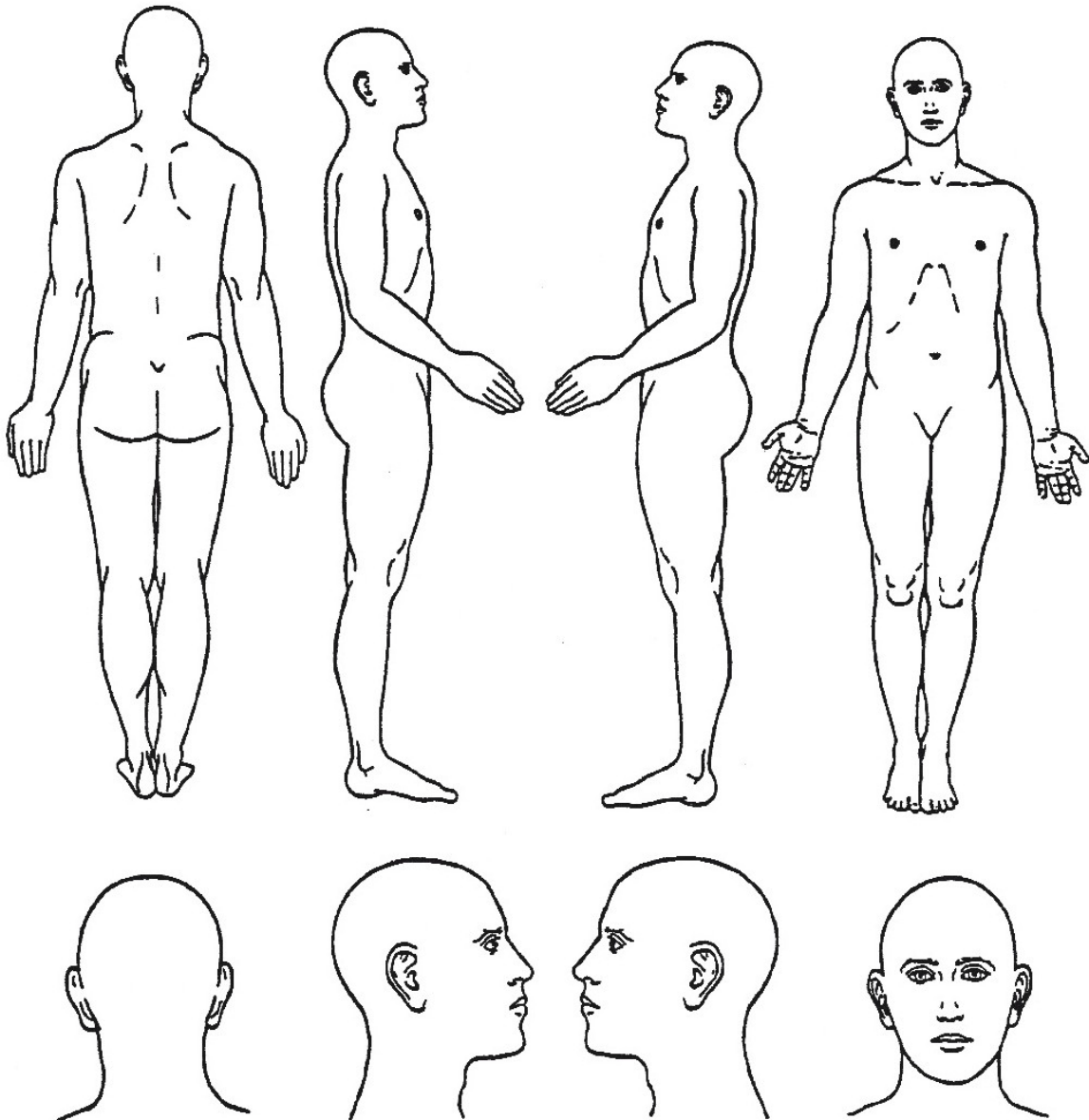
Persönliche Daten der Patientin/des Patienten

Name	_____	Vorname	_____
Geburtsdatum	_____		
Familienstand	_____	Kinder	_____
Beruf	_____	Arbeitgeber	_____
Größe	_____	Gewicht	_____

Wegen welcher Beschwerden wünschen Sie eine Behandlung? Bitte beschreiben Sie in Stichpunkten, wann und wie die Beschwerden entstanden sind und sich entwickelt haben.
Gab es einen Unfall oder eine Operation?

Schmerzlokalisierung

Wenn Sie Schmerzen haben, zeichnen Sie diese bitte in das Schema ein. Den Ort des Hauptschmerz bitte mit „xxx“ einzeichnen, alle weiteren Schmerzorte bitte schraffieren.



Wie ist der Schmerz?

(Bitte die zutreffende Angabe unterstreichen, gerne auch Mehrfachnennung)

Dampf - stechend - pochend - bohrend - brennend - krampfartig - ziehend - drückend - wie eine Klammer - Steifigkeit

Mit lokalem Schweregefühl (Wie eine Bleiweste) - mit lokalem Schwächegefühl

Immer an einer Stelle - wechselnde Stellen/wandernd - kleine Stelle/punktuell - große Fläche

Sehr stark - stark - auszuhalten

Mit lokaler Schwellung - Rötung - Überwärmung - Kältegefühl

Der Schmerz ist... immer da - anfallsweise da - dauernd vorhanden mit Anfällen.
Nachts - Tagsüber

Anlaufschmerz morgens oder nach Ruhe - Wenn ja, eher für Minuten oder Stunden

Was beeinflusst den Schmerz?

	Linderung	Verschlechterung	Kein Einfluss
Kälte, kaltes Wetter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wärme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Feuchtes Wetter/Regen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wind/Zugluft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewegung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Druck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stress, Ärger, Wut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kälte-/Wärmegefühl

		Ja	Nein
Kältegefühl	Lendenwirbelsäule/Po	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hände/Füße	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oberschenkel/Knie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Unterschenkel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Allgemeines Frieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wärmegefühl	Handteller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fußsohlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dekollete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kopf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, wo: Aufsteigende Hitze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ergänzend...	Antriebsschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hörstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Chron. Knie-/Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Frühes Ergrauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Schlaf/Emotionen

		Ja	Nein	
Fressen Sie Ärger in sich hinein		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Reizbarkeit bei geringen Anlässen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kloßgefühl im Hals vor Ärger		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wutausbrüche		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gefühl, alles nicht zu schaffen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Überarbeitet sein		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ich kann mich nicht entspannen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ergänzend...	Nachtblindheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Trockene Augen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Brennende Augen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Brüchige Nägel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Haarausfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Verspannte Muskeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Kopfschmerz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Tinnitus, Ohrgeräusche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Neigung zum Weinen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Innere Unruhe		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ergänzend...	Herzrasen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Angst und Panik tagsüber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schlaf	Einschlafen gestört	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	...durch Grübeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	...einfach wach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Durchschlafen gestört	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Uhrzeit:
	...durch Grübeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	...einfach wach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	...Herzrasen nachts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	...Angstgefühle nachts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	...Nachtschweiß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Morgens müde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Morgenmuffel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Ich bin generell müde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Verdauungssystem

		Ja	Nein
Appetit gut?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nach dem Essen	Völlegefühle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Blähungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sodbrennen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Aufstoßend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Müdigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Allg. Schweregefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Ja	Nein			
Heißhungerattacken		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Auf was?		
Stuhlgang	Veränderungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Häufigkeit pro Tag	1-2x	3-5x	häufiger	alle 2-3 Tage	seltener
	Konsistenz	fest	weich	wässrig	zäh	hart
Ergänzend...	Organvorfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Gefühl des Absinkens?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Hämorrhoiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Schnell blaue Flecke?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Bindegewebsschwäche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Harnträufeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Ist Durst vorhanden?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Nach Durstgefühl trinke ich pro Tag...						
	...weniger als 1l	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	...1-2l	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	...mehr als 2l	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Ich bevorzuge an Temperatur	Kalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Kühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Zimmertemperatur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Warm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Ich trinke in	großen Schlucken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Kleinen Schlucken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Der erste Urin am Morgen ist	hell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	dunkel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	abh. von Trinkmenge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Häufigkeit	oft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	selten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	abh. von Trinkmenge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Menge	viel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	wenig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	abh. von Trinkmenge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Atemwege

	Ja	Nein
Infektneigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Viele Antibiotika in der Vergangenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luftnot in Ruhe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luftnot bei Belastung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Husten Sie viel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Schwitzen

	Ja	Nein
Ich schwitze		
...bei leichter Belastung/in Ruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...gar nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...am ganzen Körper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...unter den Armen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...nachts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Menstruation

	Ja	Nein	Dauer: Alle wieviel Tage:
Regelmäßig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Menstruationsblut			
viel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
hell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
dunkel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Klumpen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Über 1cm Durchmesser?
Schmierblutungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ausfluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PMS			
Brustspannung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Reizbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bauchschmerzen während der Mens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ergänzend...			
Myome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Endometriose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fehlgeburten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Abtreibungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Frühgeburten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Klimakterium

	Ja	Nein
Trockene Schleimhäute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hitzegefühle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufsteigende Hitze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heiße Handteller, Fußsohlen oder Dekollete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reizbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachtschweiß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nächtliche Hitzegefühle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lifestyle

	Ja	Nein
Treiben Sie Sport?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie gestresst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen Sie unregelmäßig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Trinken Sie Alkohol?
Rauchen Sie?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ist Ihnen eine Frage unverständlich? Sind Sie bei der Beantwortung einer Frage unsicher?
Bitte sprechen Sie uns an. Wir helfen Ihnen gerne.

Bitte bringen Sie den ausgefüllten Fragebogen zu Ihrem Termin zum TCM/Akupunktur-
Vorgespräch mit.
Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben.

Ihre Heilpraktikerin

Informationen zur Akupunktur, Moxibustion und dem Schröpfen

Bei der Akupunkturtherapie werden in Abhängigkeit von Ihrem Zustand und Ihrer Symptomatik bestimmte Punkte mit Nadeln behandelt. Dabei wird die Selbstregulation des Körpers angeregt. Sie spüren dies durch ein dumpfes Druckgefühl im Bereich der Nadel.

Die Moxibustion wirkt durch das Verbrennen von getrocknetem Beifuß oder anderen Heilkräutern. Bei der indirekten Moxibustion wird das Moxa auf eine Akupunkturnadel gesteckt oder von Hand über die Punkte gehalten. Moxibustion ist besonders wirkungsvoll bei Schwächesyndromen und Schmerzen, die durch Kälte verschlimmert werden.

Die Schröpftherapie wirkt durch Unterdruck, der in Schröpfgläsern erzeugt wird. Diese werden auf muskuläre Verspannungen und verändertes Bindegewebe gesetzt.

Akupunktur, Moxibustion und Schröpfen sind sichere und wirkungsvolle Therapiemethoden. Manchmal können allerdings auch folgende Nebenwirkungen auftreten:

- Ein oberflächliches Blutgefäß der Haut kann von der Nadel getroffen werden und es kann ein Bluterguss entstehen.
- Das Akupunkturgefühl kann nach dem Entfernen der Nadel bis zu zwei Tage anhalten.
- Bei einigen Patienten tritt auch ein Schwindelgefühl oder ein Kreislaufkollaps auf, jedoch extrem selten, wenn Sie während der Akupunktur liegen. *
- Das Steckenbleiben einer Nadel in der Muskulatur oder Nadelbruch ist bei mir wegen der verwendeten sterilen Einmalnadeln bester Qualität noch nie aufgetreten. *
- Beim Schröpfen ist eine häufige Reaktion die Rötung und Verfärbung der Haut.
- Verbrennungen der Haut bei der Moxibustion sind äußerst selten, da Sie uns Ihre Empfindungen jederzeit mitteilen können. Außerdem wird immer eine Pappe auf die Haut gelegt. Um unerwünschten Nebenwirkungen und Komplikationen vorzubeugen, bitten wir Sie um folgendes.
- Während der Behandlung sollten Sie uns sofort unterrichten, wenn Sie sich nicht wohl fühlen, oder Ihnen eine Nadel weh tut. Bitte bewegen Sie sich keinesfalls, während die Nadeln stecken.
- Kommen Sie bitte nicht hungrig, sehr müde, gestresst oder direkt nach dem Sport bzw. starkem Schwitzen zur Behandlung. Auch direkt nach starken emotionalen Ereignissen (Trauer, Zorn, Unfall) sollte keine Behandlung erfolgen. Alltagsärger und „normaler“ Stress stellen kein Problem dar.
- Während der Schwangerschaft sollte möglichst keine Akupunkturtherapie erfolgen (besonders bei bestehender Abort-Neigung). Ausnahmen sind unter anderem bei starken Schmerzen möglich.
- Kommen Sie bitte mit entlasteter Blase zur Therapie, damit Sie entspannt liegen können.
- Bitte unterrichten Sie uns über verstärkte Blutungsneigung (z. B. durch Medikamenteneinnahme).
- Nach der Behandlung kann es zu Müdigkeit kommen. Berücksichtigen Sie dies bei der Führung eines Kraftfahrzeuges z.B. durch Einlegen einer Schlaf- bzw. Bewegungspause.

Ich wurde über die oben aufgeführten Therapien aufgeklärt und meine Fragen wurden zufriedenstellend beantwortet.

Ich erkläre hiermit, dass ich mit der Therapie einverstanden bin.

Datum

Unterschrift