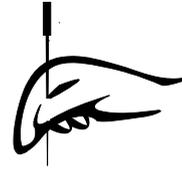


Dr. med. Mirka Renate Lanius

Fachärztin für Allgemeinmedizin

Traditionelle Chinesische Medizin • Akupunktur
Kinderwunsch • Magen-Darm-Erkrankungen
Schmerztherapie

Tauchmedizin (GTÜM e.V.)



Neusser Str. 102 · 50670 Köln
Tel: 0221 733889
Fax: 0221 4732088

dr.lanius@netcologne.de
www.kinderwunsch-akupunktur-tcm.de

Anamnesebogen – Traditionelle chinesische Medizin

Sehr geehrte/er Patient/in,

Vor einer Akupunkturbehandlung oder Therapie mit chinesischen Arzneikräutern erstellen wir eine Diagnose nach den Kriterien der chinesischen Medizin. Um das ärztliche Gespräch und die Untersuchung vorzubereiten, beantworten Sie bitte in Ruhe folgende Fragen.

Herzlichen Dank!

Datum: _____

Name, Vorname _____

Alter: _____

Verheiratet/ Ledig: _____

Beruf: _____

Zahl der Kinder: _____

Größe: _____

Gewicht: _____

Wegen welchen Beschwerden wünschen Sie eine Behandlung?

Operationen/Unfälle:

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Bei der Beantwortung der Fragen bedeuten:**1 = nein/nie****2 = leicht/gelegentlich****3 = stärker / häufig****4 = ausgeprägt, ständig, sehr oft****Lebensführung**

Arbeiten Sie zuviel	1 2 3 4	Alkohol	1 2 3 4
Treiben Sie Sport	1 2 3 4	Kaffee	1 2 3 4
Leiden Sie unter Stress	1 2 3 4	Nikotin	1 2 3 4
Essen Sie unregelmäßig?	1 2 3 4	Drogen	1 2 3 4
Vorlieben: (z.B. herzhaft, süß, scharf, salzig, sauer, bitter, Milchprodukte, Käse, Salate, Obst, kaltes/warmes Essen), Vegetarier.			

Allgemeine Zeichen

Blasses Gesicht	1 2 3 4	Durst vermindert	1 2 3 4
Allgemeine Abgeschlagenheit	1 2 3 4	Durst vermehrt	1 2 3 4
Antriebsarm, „Startprobleme“	1 2 3 4	Hitzewallungen	1 2 3 4
Niedriger Blutdruck	1 2 3 4	Nachtschweiß	1 2 3 4
Hoher Blutdruck	1 2 3 4	Schwitzen an Händen/Füßen	1 2 3 4
Zugluft/Windempfindlichkeit	1 2 3 4	Temperaturempfinden normal	1 2 3 4
Geschwollene Hände	1 2 3 4	Temperaturempfinden zu kalt	1 2 3 4
Geschwollene Füße	1 2 3 4	Temperaturempfinden zu warm	1 2 3 4
Schweregefühl (Kopf / Beine)	1 2 3 4	Kalte Hände	1 2 3 4
Taubheitsgefühl/Kribbeln Händen oder Füßen	1 2 3 4	Kalte Füße	1 2 3 4

Herz

Herzklopfen in Ruhe	1 2 3 4	Herzstolpern	1 2 3 4
Herzklopfen bei Belastung	1 2 3 4	Enge oder Druck in der Brust	1 2 3 4

Bauch

Wie oft haben Sie Stuhlgang am Tag	_____	Blähungen	1 2 3 4
Stuhl-Konsistenz normal	1 2 3 4	Darmgeräusche	1 2 3 4
Stuhl-Konsist. weich/ungeformt	1 2 3 4	Völlegefühl	1 2 3 4
Stuhl-Konsistenz zu hart	1 2 3 4	Druckgefühl im Oberbauch	1 2 3 4
Stuhl-Konsistenz zu trocken	1 2 3 4	Übelkeit	1 2 3 4
Durchfall	1 2 3 4	Erbrechen	1 2 3 4
Verstopfung	1 2 3 4	Aufstoßen	1 2 3 4
starker Geruch des Stuhls	1 2 3 4	Sodbrennen	1 2 3 4
Afterbrennen/ Hämorrhoiden	1 2 3 4	Appetitmangel	1 2 3 4
Schleim im Stuhl	1 2 3 4	Heißhunger	1 2 3 4
unverdaute Nahrungsreste im Stuhl	1 2 3 4	Organsenkungen (z.B. Blase)	1 2 3 4

Mund

Mundgeruch	1 2 3 4	Zungengeschwüre (Aphthen)	1 2 3 4
Trockenheit im Mund	1 2 3 4	bitterer Mundgeschmack	1 2 3 4
Zahnfleischbluten	1 2 3 4	pappiger Mundgeschmack	1 2 3 4
Herpes der Lippen	1 2 3 4	Geschmacksverlust	1 2 3 4

Lunge und Atmung

Infektanfälligkeit	1 2 3 4	Allergie	1 2 3 4
Luftnot in Ruhe	1 2 3 4	Heiserkeit	1 2 3 4
Luftnot bei leichter Belastung	1 2 3 4	verstopfte Nase	1 2 3 4
Schwitzen in Ruhe	1 2 3 4	Schleim in Nasennebenhöhlen	1 2 3 4
Schwitzen bei Belastung	1 2 3 4	Schwäche des Geruchssinnes	1 2 3 4
Husten	1 2 3 4	trocken bellend schwach	
Auswurf	1 2 3 4	klar weiß gelb locker zäh	

Haut

fettige unreine Haut	1 2 3 4	Hautausschlag	1 2 3 4
trockene Haut	1 2 3 4	Juckreiz	1 2 3 4
Brüchige Nägel	1 2 3 4	Haarausfall	1 2 3 4

Ohr

Schwerhörigkeit	1 2 3 4	Drehschwindel	1 2 3 4
Ohrgeräusche	1 2 3 4	Benommenheits-Schwindel	1 2 3 4

Augen

Trockenheitsgefühl der Augen	1 2 3 4	verschwommenes Sehen	1 2 3 4
Brennen	1 2 3 4	Kontaktlinsen,(Lese)-Brille	1 2 3 4
Nacht- oder Farbblindheit	1 2 3 4		

Gynäkologie, Zyklus und Blutung

Unregelmäßiger Zyklus	1 2 3 4
Länge des Zyklus in Tagen:	_____
Tag des Eisprungs:	_____
Ausfluss um den Eisprung	1 2 3 4
Schmerz um den Eisprung	1 2 3 4

Blutung:

Länge der Blutung in Tagen:	_____
Blutung normal	1 2 3 4
Blutung zu schwach	1 2 3 4
Blutung zu stark	1 2 3 4
Farbe des Blutes: hellrot kirschrot dunkelrot	
Konsistenz des Blutes: zäh normal dünnflüssig	
kleine Klumpen im Blut (1Cent)	1 2 3 4
große Klumpen im Blut	1 2 3 4

Schmerzen bei der Blutung:

im Unterbauch	1 2 3 4
im Rücken	1 2 3 4
Besserung durch Wärme	1 2 3 4
Besserung durch Kälte	1 2 3 4

PMS:

Brustspannung vor der Blutung	1 2 3 4	Tage:_____
Gereiztheit vor der Blutung	1 2 3 4	Tage:_____

Ausfluss

genereller Ausfluss	1 2 3 4
Konsistenz des Ausflusses: zäh flüssig	
Farbe des Ausflusses: _____	
wiederholte Scheideninfektion	1 2 3 4

Gynäkologische Krankheiten:

Neigung zur Zystenbildung	1 2 3 4
Myome	1 2 3 4
Endometriose	1 2 3 4
Endometriose Grad	1 2 3 4
Operation wann?	_____
<u>PCO Syndrom:</u>	
PCO Syndrom	1 2 3 4
Amenorrhoe	1 2 3 4
Zysten an den Eierstöcken	1 2 3 4
männliche Hormone zu hoch	1 2 3 4
Insulinresistenz	1 2 3 4
Einnahme von Kortison	ja nein
Einnahme von Metformin	ja nein

Einnahme von Hormonen	ja nein
Menopause	ja nein

Wasserlassen

Gesamtmenge des Urins: viel normal wenig
Farbe des Urins: _____
Wie oft müssen Sie nachts Wasserlassen? _____

häufiger Harndrang 1 2 3 4
Harnträufeln 1 2 3 4
Harninkontinenz 1 2 3 4
wiederholte Blasenentzündung 1 2 3 4

Rücken und Gelenkprobleme

Kälte der Lendenwirbelsäule 1 2 3 4
tief sitzender Kreuzschmerz 1 2 3 4
schwache Lendenwirbelsäule 1 2 3 4
Knieprobleme 1 2 3 4
Schulterschmerzen 1 2 3 4
Sehnenentzündungen 1 2 3 4
Muskelkrämpfe 1 2 3 4
generelle Muskelverspannung 1 2 3 4
Kieferverspannung 1 2 3 4
Zähneknirschen/Beißschiene 1 2 3 4

Nackenschmerzen 1 2 3 4
Kopfschmerzen ganzer Kopf 1 2 3 4
Stirnkopfschmerzen 1 2 3 4
Hinterkopfschmerzen 1 2 3 4
Schläfenkopfschmerz 1 2 3 4

Migräne:
Anzahl pro Woche/Monat: _____
Lokalisation: _____
Begleiterscheinungen: _____
Auslöser: _____
Besserung durch: _____
Medikamente: _____

Bei Rücken oder Gelenkschmerzen:

Welche Gelenke sind betroffen? _____

Anlaufschmerz 1 2 3 4
Steifigkeit 1 2 3 4
Schweregefühl 1 2 3 4
Schwellungsgefühl 1 2 3 4
Wärmegefühl 1 2 3 4
Schmerz mehr Nachts 1 2 3 4
Schmerz mehr Tags 1 2 3 4
Schmerz diffus punktuell tief oberflächlich
Schmerzcharakter dumpf ziehend bohrend stechend

Besserung durch Bewegung 1 2 3 4
Besserung durch Ruhe 1 2 3 4
Besserung durch Wärme 1 2 3 4
Besserung durch Kälte 1 2 3 4
vermehrt bei kaltem Wetter 1 2 3 4
vermehrt bei nassem Wetter 1 2 3 4
Schmerzen fixiert an einem Ort 1 2 3 4
springt von Gelenk zu Gelenk 1 2 3 4
pochend

Sexualität

Impotenz 1 2 3 4
Unfruchtbarkeit 1 2 3 4

Sexuelle Unlust 1 2 3 4

Gefühlsleben

aufbrausend, leicht reizbar 1 2 3 4
allgemeine innere Unruhe 1 2 3 4
Nervosität 1 2 3 4
Angstgefühle 1 2 3 4
niedergedrückte Stimmung 1 2 3 4

grüblerisch 1 2 3 4
traurig 1 2 3 4
Vergesslichkeit 1 2 3 4
Konzentrationsschwäche 1 2 3 4
Schreckhaftigkeit 1 2 3 4

Schlaf

Einschlafstörung 1 2 3 4
Durchschlafstörung 1 2 3 4
Wie oft wachen Sie auf? _____
Morgens frühes Erwachen 1 2 3 4
Ist die Nacht erholsam? ja nein
Nachtschweiß 1 2 3 4
Nachts heiße Füße/
Füße aus der Bettdecke 1 2 3 4

viele Träume oder Alpträume 1 2 3 4
Nachts unruhige Beine 1 2 3 4
Nachts trockener Mund 1 2 3 4
Trinken Sie Nachts? ja nein
Essen Sie Nachts? ja nein