



## Herzlich Willkommen!

Ich freue mich, dass Sie sich zu einer Behandlung bei mir entschlossen haben und ich werde mein Möglichstes tun, um mit Ihnen zusammen Ihre Beschwerden zu lindern.

Um Ihnen möglichst gut helfen zu können brauche ich Informationen über Ihren Gesundheitszustand. Alle Angaben werden in der Traditionellen Chinesischen Medizin (TCM) zu einem Bild verflochten, um eine individuelle Diagnose zu erstellen. Nehmen Sie sich ein paar Minuten Zeit, um diesen Fragebogen zu beantworten. Er ist ein wichtiger Beitrag für Ihre Gesundheitsversorgung. Beim ersten Besuch werden diese Blätter besprochen. Selbstverständlich wird jede Information vertraulich behandelt und kann auch mündlich im Erstgespräch besprochen werden.

Ich bitte Sie, mich über eine bestehende oder gewünschte Schwangerschaft zu informieren.

NUR BEI JA ANTWORTEN ABHAKEN

BEI UNKLARHEIT NEBEN KÄSTCHEN ANKREUZEN

## KRANKENGESCHICHTE IN IHRER FAMILIE

	<i>Sie Selber</i>	<i>Ihre Kinder</i>	<i>Ihre Mutter</i>	<i>Ihr Vater</i>	<i>Ihre Schwester</i>	<i>Ihr Bruder</i>
Verstorben		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genetische Krankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumore / Karzinome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatische Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoher Blutdruck / Herz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergie / Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma / Lunge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nieren / Blasen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen / Darm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migräne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie / Neuralgisches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkohol / Drogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Allergien falls vorhanden:

## KINDERKRANKHEITEN DIE SIE HATTEN / bei Impfung ein Plus davor ( + ):

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Masern                 | <input type="checkbox"/> Keuchhusten / Pertussis |
| <input type="checkbox"/> Mumps                  | <input type="checkbox"/> Diphtherie              |
| <input type="checkbox"/> Kinderlähmung          | <input type="checkbox"/> Scharlach               |
| <input type="checkbox"/> Windpocken / Varizella | <input type="checkbox"/> Röteln / Rubella        |



HABEN ODER HATTEN SIE ZU TUN MIT:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Lungenentzündung   | <input type="checkbox"/> Schilddrüsen           |
| <input type="checkbox"/> Hautkrankheiten    | <input type="checkbox"/> Magenerkrankung        |
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose        | <input type="checkbox"/> Darm / Hämorrhoiden    |
| <input type="checkbox"/> Bauchspeicheldrüse | <input type="checkbox"/> Neuralgien             |
| <input type="checkbox"/> Milz               | <input type="checkbox"/> Bandscheiben           |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen  | <input type="checkbox"/> Schlaganfall           |
| <input type="checkbox"/> Malaria            | <input type="checkbox"/> Geschlechtskrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Thrombosen         | <input type="checkbox"/> Augen Erkrankung       |

WEITERE KRANKHEITEN ?

WAREN SIE IM SPITAL? Warum, wann, wie lange?

- Haben Sie Hautausschläge / Taubheitsgefühle
- Haben Sie schnell blaue Flecken beim Anstossen
- Haben Sie Blutungen bei Verletzung die nicht leicht zu stoppen sind
- Narben die Ihnen auffällig sind (Taubheit, Ziehen, Brennen, Jucken)
- Haben Sie Ohnmachtanfälle / Schwarzwerden beim schnellen Aufstehen
- Zittern Sie(z.B. Hände, oder ganzer Körper )
- Hat sich Ihre Handschrift in den letzten Wochen sehr verändert
- Haben Sie Schwierigkeiten zu Konzentrieren / Erinnern
- Haben Sie Schwierigkeiten Entscheidungen zu fällen
- Fühlen Sie sich oft alleine und deprimiert / Weinen Sie oft
- Haben Sie Schwierigkeiten sich zu entspannen / Sorgen Sie sich oft
- Haben Sie beängstigende Träume / Gedanken
- Sind Sie schnell verärgert / Leicht zu irritieren mit Kleinigkeiten
- Haben Sie Familien oder Arbeitprobleme / Sexuelle Schwierigkeiten
- Welche Emotion ist dominant bei Ihnen: Wut, überschwängliche Freude, Sorge/Grübeln, Trauer, Angst
- Fühlen Sie sich zu heiss / kalt
- Haben Sie kein Interesse am Essen / Immer hungrig
- Haben Sie 5 Kg in den letzten 6 Monaten zu / ab genommen
- Sind Sie mehr oder weniger durstig als gewöhnlich
- Sind Sie dauernd müde oder leicht erschöpft
- Treiben Sie Sport / Übungen mehr als 3 Mal die Woche
- Trinken Sie mehr als 6 Tassen Kaffee / Cola / Schwarztee pro Tag
- Rauchen Sie
- Konsumieren Sie täglich Alkohol- / Marihuanakonsum



- Verwenden Sie Heroin / Cocain / LSD / Ecstasy
- Fühlen Sie sich unwohl in der Magengegend/bzw haben Sie Magenbrennen
- Haben Sie einen geblähten Bauch nach Mahlzeiten/müssen Sie viel aufstossen
- Ist ihnen schnell übel
- Haben Sie Schwellungen in der Achselhöhle / Leiste
- Leiden Sie mehr als zweimal die Woche unter Verstopfung
- Haben Sie öfters unförmigen Stuhlgang
- Haben Sie schwarze/blutige Stuhlgänge
- Haben Sie Schmerzen beim Stuhlen/Blutungen vom Rektum
- Gehen Sie regelmässig nachts Wasserlösen
- Gehen Sie mehr als 6mal am Tag Wasserlösen
- Nässen Sie Unterwäsche/ Bett
- Verspüren Sie Brennen beim Wasserlösen
- Ist Ihr Urin braun, blutig
- Haben Sie Schwierigkeiten den Strahl zu starten/dauernd Drang zu urinieren
- Haben Sie mehr als einmal die Woche Kopfschmerzen
- Tragen Sie eine Brille oder Linsen/ Sehen Sie verschwommen/unklar
- Sehen Sie manchmal doppelt
- Haben Sie oft wässrige oder trockene Augen
- Haben Schwierigkeiten mit dem Gehör
- Haben Sie Ohrenscherzen/ Ausfluss aus den Ohren
- Haben Sie intermittierende/ permanente Geräusche im Ohr
- Haben Sie Zahnproblemen/ sensible/ schmerzhaft Zunge
- Haben Sie geschwollenes/ schrumpfendes Zahnfleisch
- Hat sich Ihr Geschmacksinn/ Geruchssinn seit kurzem verändert
- Haben Sie eine verstopfte/ laufende Nase ohne Erkältung
- Haben Sie Niesanfälle/ Nasenbluten ohne Grund
- Sind Sie mehrere Monate hintereinander erkältet
- Haben Sie eine heisere Stimme/ Halsschmerzen ohne Erkältung
- Haben Sie vergrösserte Rachenmandeln
- Haben Sie Hustenanfälle
- Sind Sie kurzatmig/ Brauchen Sie viele Kissen zum Schlafen
- Haben Sie Auswurf/ Husten mit blutigem Auswurf
- Wachen Sie auf in der Nacht mit Kurzatmigkeit/ Husten
- Schwitzen Sie mehr als sonst/ Haben Sie Nachtschweiss
- Haben Sie hohen Blutdruck/ Schwindel
- Haben Sie Herzklopfen
- Haben Sie Schmerz und Enge auf der Brust
- Sind Ihre Knöchel/ Füsse geschwollen



**FRAUEN:**

- Sind Sie in der Menopause
- Gebärmutterentfernung
- Hatten Sie Blutungen nach Geschlechtsverkehr
- Blutungen zwischen Menstruationen
- Vaginaler Ausfluss / Juckreiz
- Untersuchen Sie Ihre Brüste selbst einmal im Monat
- Beobachteten Sie Knoten / Schmerzen in der Brust
- Letzter PAP -Test / Abstrich:
- Wie oft waren Sie Schwanger:
- Wieviele Kinder haben Sie geboren:

**MÄNNER:**

- Ist Ihr Urinstrahl langsam oder schwach
- Haben Sie ein Brennen / Ausfluss vom Penis
- Sind Schwellungen / Knötchen an Ihren Hoden
- Haben Sie Hodenschmerzen
- Letzte Prostata Untersuchung

**KINDER:**

- War der Schwangerschafts- und Geburtsverlauf ungewöhnlich
- S/S:
- Geburt:
- Bestehen/Bestanden Ungewöhnlichkeiten in der Säuglingshaltung
- Krankheiten/Beschwerden im Säuglings-/Kinderalltag
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- Besteht ein erhöhtes Ärger- und Frustrationspotenzial?
- Sind Koordination/ grobmotorische Fähigkeiten/ Gleichgewicht altergemäss entwickelt?
- Kann das Kind Begeisterung für verschiedene Aktivitäten zeigen?
- Wie kommuniziert das Kind
- Wie lange kann das Kind konzentriert bei der Arbeit bleiben
- Essgewohnheiten: \_\_\_\_\_
- Hat das Kind spezielle Vorlieben/Abneigungen beim Essen
- Wurde das Kind gestillt, falls ja, wie lange
- Hat das Kind hat ein Gespür für seine Grenzen, die der anderen
- Zeigt das Kind in verschiedenen Situationen Hautreaktionen



VERSCHRIEBENE MEDIKAMENTE:

LÄENDER DIE SIE IM LETZTEN JAHR BESUCHT HABEN:

WELCHE WEITERE THERAPIEN MACHEN SIE:

WELCHE BESCHWERDE(N) MÖCHTEN SIE MIT TRADITIONELLER  
CHINESISCHER MEDIZIN BEHANDELN?

WAS SIND IHRE PERSÖNLICHEN RESSOURCEN ZUR ERREICHUNG DIESES  
ZIELS?

WER IST HAUSARZT /HAUSÄRZTIN, VON WELCHEN WEITERERER ÄRZTEN  
WERDEN SIE BETREUT?

FÜR ERGÄNZENDE INFORMATIONEN BENÜTZEN SIE BITTE DIE RÜCKSEITE  
DIESES BLATTES. VIELEN DANK.