

Patientinnendaten

Name: _____

Adresse: _____

Telefon-Nr.: _____

E-Mail-Adresse: _____

Geburtsdatum: _____

Beruf: _____

Wie haben Sie von mir erfahren?

Möchten Sie meinen kostenlosen Newsletter mit Gesundheitstipps und Hinweisen zu Vorträgen und Workshops zur TCM erhalten (erscheint ca. 4x im Jahr)?

Was ist der Grund Ihres Besuchs?

Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente**? Wenn ja, welche?

Gab es ernsthafte Erkrankungen/ Unfälle/ OPs in Ihrer **Vorgeschichte**?

Gibt es ernsthafte Erkrankungen in Ihrer **Familiengeschichte**? Eltern? Geschwister?

Wie schätzen Sie Ihre derzeitige **Energie** auf einer Skala von 1 bis 10 ein? (10 ist Topfit). Bitte ankreuzen.

1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7 / 8 / 9 / 10

Bei Schmerzen: Wie stark schränken diese Sie im Alltag ein? Bitte ankreuzen.

wenig mittelmäßig stark (= nicht arbeitsfähig)

Brauchen Sie einige Zeit, um **morgens** wach zu werden?

Wie ist Ihr **Appetit** im Allgemeinen?

Essen Sie regelmäßig Frühstück, Mittag- und Abendessen? Schildern Sie einen typischen Tag.

Frühstück:

Mittagessen

Abendessen

Zwischenmahlzeiten

Haben Sie **Vorlieben** für bestimmte Lebensmittel?

Welche Geschmacksrichtung bevorzugen Sie?

Salzig / sauer / bitter / süß / scharf

Haben Sie Abneigungen gegen bestimmte Lebensmittel? Oder gibt es Lebensmittel, die Sie nicht vertragen?

Fühlen Sie sich nach dem Essen müde?

Haben Sie öfter Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren?

Haben Sie Magenbeschwerden?

Haben Sie öfter geschwollene Knöchel oder Beine?

Haben Sie öfter einen bitteren Mundgeschmack?

Leiden Sie unter Entzündungen im Mund oder Zahnfleischbluten?

Wie ist Ihr **Durst**?

Wie viel trinken Sie pro Tag?

Bevorzugen Sie warme oder kalte Getränke?

Was trinken Sie?

Wie viele Tassen Kaffee/ Tee?

Wie oft trinken Sie Alkohol?

Haben Sie regelmäßig **Stuhlgang**?

Wie oft?

Konsistenz: geformt – breiig – hart

Geruch: auffällig stark?

Gibt es Wechsel zwischen Durchfall und Verstopfung?

Haben Sie Beschwerden beim Stuhlgang?

(Wenn ja, ist es nach dem Stuhlgang besser oder schlechter?)

Wie häufig im Jahr sind Sie **erkältet**?

Wie stark ist der Verlauf?

Welche Symptome gibt es bei einem problematischen Verlauf?

Rauchen Sie?

Leiden Sie unter Heuschnupfen oder anderen **Allergien** der oberen Atemwege?

Leiden Sie unter Asthma?

Haben Sie Probleme mit der Atmung?

(Wenn ja: Kurzatmig, bei der Einatmung oder Ausatmung?)

Haben Sie **Hautprobleme**?

Schwitzen Sie tagsüber spontan?

Bewegen Sie sich genug?

Wie ist Ihr **Temperaturempfinden**?

Frieren Sie schnell? Wenn ja: Hände, Füße, Beine, Po, unterer Rücken, innerlich, zu bestimmten Zeiten, im Bett?

Zu warm: Hände, Füße, Kopf?

Müssen Sie auffällig häufig oder auffällig wenig **Wasserlassen**?

Müssen Sie nachts Wasserlassen?

Haben Sie Probleme mit beim Wasserlassen? Z.B. Nachtröpfeln?

Haben Sie eine leichte Inkontinenz beim Springen, Husten etc.?

Haben Sie öfter Blasenreizungen/ -entzündungen?

Ist der Urin auffällig *hell* oder *dunkel*?

Hat er einen auffälligen *Geruch*?

Klar oder trüb?

Gibt es Probleme im unteren Rücken?

Gibt es Probleme mit den Knien?

Haben Sie öfter Nachtschweiß?

Haben Sie Probleme mit den Ohren? (Ohrgeräusche, Schwerhörigkeit?)

Wie ist Ihr **Schlaf**?

Wie viele Stunden schlafen Sie?

Wann gehen Sie ins Bett?

Wachen Sie erholt auf?

Machen Sie einen Mittagsschlaf?

Haben Sie Ein- oder Durchschlafstörungen?

Nur Einschlafstörung

Ein- und Durchschlafstörungen

Neigen Sie zu Nachmittags hitze, trockener Kehle am Abend, wagen Ängsten?

Gibt es bestimmte Uhrzeiten, zu denen Sie nachts aufwachen?

Träumen Sie viel? Gibt es Träume, die sich wiederholen?
Haben Sie Alpträume? Wachen Sie davon mit Herzklopfen auf?

Sind Sie häufiger gereizt?

Haben Sie Stimmungsschwankungen?

Wie gehen Sie mit **Stress** um?

Gibt es Völlegefühl oder Ziehen unter dem Rippenbogen?

Leiden Sie unter Blähungen?

Leiden Sie an **Kopfschmerzen** oder Migräne?

Wenn ja: Seit wann?

Wann fängt der Kopfschmerz an?

Gibt es auslösende Faktoren?

Wo ist der Schmerz lokalisiert?

Was verschlechtert?

Was verbessert?

Gibt es Verspannungen im Nacken oder anderswo?

Knirschen Sie nachts mit den Zähnen?

Haben Sie schlechte Nachtsicht?

Haben Sie schon mal Schleier oder schwarze Punkte vor den Augen?

Leiden Sie unter trockenen Augen?

Haben Sie manchmal eine Taubheit, Kribbeln oder Krämpfe in den Extremitäten?

Wird Ihnen leicht schwindlig, besonders bei schnellem Bücken?

Haben Sie stumpfe Haare oder Haarausfall? Blasse, brüchige Nägel?

Leiden Sie an **Herzerkrankungen**?

Wie ist Ihr Blutdruck?

Haben Sie schon mal Herzklopfen oder Herzrasen? Herzstolpern?

Morgens, tagsüber, bei Anstrengung?

Eher abends und in Ruhe?

Verschlimmern sich die Symptome bei Aufregung?

Spüren Sie manchmal Schmerzen oder Beklemmungen im Brustkorb?

Menstruation

Wann hatten Sie Ihre erste Periode?

Nehmen Sie Verhütungsmittel?

Wenn ja: welche?

Seit wann?

Ist Ihr Zyklus regelmäßig?

Wie lang ist Ihr Zyklus (von einer Blutung zur nächsten)?

Wie viele Tage bluten Sie?

Wie stark ist die Blutung über die Tage?

Leiden Sie vorher an Stimmungsschwankungen? Sind sie gereizt? Traurig?

Haben Sie Brustspannen? Ziehen im Rücken oder Bauch?

Haben Sie Schmerzen während der Periode?

Wenn ja: Wo?

Wie ist der Schmerzcharakter: Ziehend, dumpf, krampfartig, stechend?

Welche Farbe hat das Blut? (z.B. bräunlich, dunkelrot, mittelrot, hellrot)

Gibt es Klumpen oder Fetzen im Blut?

Wenn ja, wie groß?

Haben Sie Schmerzen während des Eisprungs?

Wie ist Ihre **Libido** zurzeit: schwach – mittel - stark

Haben Sie schon mal vaginalen **Ausfluss**?

Wenn ja: Welche Farbe? (weißlich, gelb)

Welcher Geruch?

Haben Sie Kinder?

Wenn ja: Wann geboren?

Gab es Probleme bei der Schwangerschaft oder Geburt?

Hatten Sie einen Kaiserschnitt?

Gab es Probleme in den Monaten nach der Geburt?

Gab es Fehlgeburten?

Allgemeiner Teil

Welche Jahreszeit mögen Sie am liebsten?

Was ist Ihre Lieblingsfarbe?

Welche Gefühle passen am ehesten zu Ihnen? (Bitte 2 auswählen)

Angst

Freude/ Begeisterungsfähigkeit

reizbar/ gestresst

deprimiert/ bekümmert/traurig

Sorge/ Grübeln